PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI U LIJEČENJU OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE I POSTIGNUTA KVALITETA ŽIVOTA

Preković Kovačević, Marina

Doctoral thesis / Disertacija

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:980838

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek





SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Marina Perković Kovačević

PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI U LIJEČENJU OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE I POSTIGNUTA KVALITETA ŽIVOTA

Doktorska disertacija

Osijek, 2019.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Marina Perković Kovačević

PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI U LIJEČENJU OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE I POSTIGNUTA KVALITETA ŽIVOTA

Doktorska disertacija

Osijek, 2019.

Mentor rada: Prof.dr.sc. Ivan Požgain

Komentor rada: Prof. dr.sc. Pavo Filaković

Rad ima 129 numeriranih listova.

ZAHVALE

Posebnu zahvalu dugujem svom mentoru prof.dr.sc. Ivanu Požgainu na velikoj podršci i poticaju te stručnim i znanstvenim savjetima u izradi doktorske disertacije.

Zahvaljujem komentoru prof.dr.sc. Pavi Filakoviću na stručnoj potpori i razumijevanju.

Posebnu zahvalnost dugujem svojim kolegicama psihologinjama na bezrezervnoj podršci i razumijevanju.

Velika hvala kolegicama i kolegama psihijatrima koji su mi pomogli kliničkim procjenama i odabirom sudionika.

Najveća hvala mojoj obitelji na razumijevanju, potpori i golemom strpljenju tijekom izrade doktorske disertacije.

Sadržaj

1. UVOD 1

1.1 SHIZOFRENIJA 1

1.1.1. Prevalencija shizofrenije 1

1.1.2. Utjecaj shizofrenije na funkcionalnost oboljelih 3

1.1.3. Etiologija shizofrenije 3

1.1.3.1. Biologijske teorije shizofrenije 4

1.1.3.2. Psihodinamske teorije shizofrenije 5

1.1.3.3. Genetski čimbenici i čimbenici okoline 6

1.1.3.4. Dijateza-stres model 8

1.1.4. Klinička slika i dijagnoza shizofrenije 8

1.1.5. Tijek bolesti 10

1.1.6. Tipovi shizofrenije 11

1.1.7. Liječenje 13

1.2. KVALITETA ŽIVOTA 13

1.2.1. Kvaliteta života i shizofrenija 15

1.3. PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI I KVALITETA ŽIVOTA 17

1.3.1. Demografska obilježja i kvaliteta života 17

1.3.2. Klinički čimbenici (trajanje bolesti, dužina liječenja, vrsta antipsihotika i broj hospitalizacija) i kvaliteta života 19

1.3.3. Kognitivni status (inteligencija, pamćenje, pažnja) i kvaliteta života 21

1.3.4. Emocionalna kompetentnost (emocionalna inteligencija) i kvaliteta života 22

1.3.5. Samoefikasnost i kvaliteta života 23

1.3.6. Suočavanje sa stresom i kvaliteta života 24

1.3.7. Percipirani izvor kontrole zdravlja i kvaliteta života 26

1.4. BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL ZDRAVLJA I BOLESTI 28

1.5. PRIKAZ PROBLEMA 29

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA 31

2.1. Problemi: 31

3. HIPOTEZE 33

4. ISPITANICI I METODE 35

4.1. Ispitanici 35

4.2. Postupak 36

4.3. Metode 37

4.3.1. Strukturirani psihijatrijski klinički intervju prema DSM-V I MKB 10 37

4.3.2. Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS (Kay, S.R. i sur. 1987.) 37

4.3.3. Kognitivni neverbalni test inteligencije, KNT 38

4.3.4. A. Rey: Test auditivno-verbalnog učenja (AVLT) (Ray, 1964.; Taylor, 1959.) 38

4.3.5. Test opterećenja pažnje - d2 (Brickenkamp, 1962.) 39

4.3.6. Upitnik emocionalne kompetentnosti UEK-45 (Takšić, 1998.) 39

4.3.7 Skala opće samoefikasnosti – SOS Schwarzera i sur. (1997.), hrvatska adaptacija (Ivanov i Penezić, 1998.). 40

4.3.8. Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS) (Sorić i Proroković, 2002.) 41

4.3.9. Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja – ZLK-90 (Krizmanić i sur. 1992.) 41

4.3.10. Skala kvalitete življenja – KVŽ-90 (Krizmanić i sur. 1992.) 42

4.4. Statističke metode 43

5. REZULTATI 44

5.1. Osnovna obilježja sudionika 44

5.2. Klinička obilježja sudionika 45

5.3. Razlike između remitiranih i neremitiranih sudionika u kognitivnom statusu, dimenzijama ličnosti, načinima suočavanja sa stresom, percipiranom izvoru kontrole zdravlja, demografskim obilježjima, kliničkim obilježjima te kvaliteti života 46

5.4. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije i psiholoških čimbenika 54

5.5. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije i demografskih obilježja 58

5.6. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i kliničkih varijabli 64

5.7. Predviđanje kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije temeljem psihosocijalnih čimbenika 66

5.8. Predviđanje pripadnosti skupini prema terapijskom učinku temeljem psihosocijalnih čimbenika 68

6. RASPRAVA 73

6.1. Demografske i kliničke značajke uzorka 73

6.2. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema psihosocijalnim čimbenicima 74

6.2.1. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema kognitivnim čimbenicima 74

6.2.2. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema emocionalnoj kompetentnosti i percepciji samoefikasnosti 75

6.2.3. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema strategijama suočavanja 77

6.2.4. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema izvoru kontrole zdravlja 78

6.2.5. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema demografskim obilježjima 79

6.2.6. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema kliničkim čimbenicima 80

6.2.7. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema procjeni kvalitete života 82

6.3. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika sa psihosocijalnim čimbenicima 82

6.3.1. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i kognitivnih čimbenika 83

6.3.2. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika, emocionalne kompetencije i samoefikasnosti 84

6.3.3. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i strategija suočavanja .. 85

6.3.4. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i izvora kontrole zdravlja 87

6.3.5. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i demografskih obilježja88

6.3.6. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i kliničkih čimbenika 90
6.4. Predviđanje kvalitete života oboljelih od shizofrenije temeljem psihosocijalnih čimbenika 92
6.5. Predviđanje pripadnosti skupini prema terapijskom učinku temeljem psihosocijalnih čimbenika 94
6.6. Ograničenja istraživanja 96
7. ZAKLJUČCI 97
8. SAŽETAK 99
9. SUMMARY 101
10. LITERATURA 103
11. ŽIVOTOPIS 123

U tekstu će se zbog čitljivosti koristiti muški rod riječi pacijent/pacijentica, bolesnik/bolesnica, sudionik/sudionica, istraživač/istraživačica, liječnik/liječnica i jednako se odnose na muški i ženski rod.

Popis kratica:

MKB-10 međunarodna klasifikacija bolesti 10 revizija

DSM-V – Dijagnostički statistički priručnik za duševne bolesti – klasifikacija američke psihijatrijske udruge

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

ADG – antipsihotici druge generacije

ADP – antipsihotici prve generacije

PANSS skala – Positive and Negative Syndrome Scale

KNT – Kognitivni neverbalni test

AVLT – Test auditivno-verbalnog učenja

d2 – Test opterećenja pažnje

UEK-45 – Upitnik emocionalne kompetentnosti

EK – emocionalna kompetencija

SOS – Skala opće samoefikasnosti

CISS – Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera

ZLK-90 – Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja

KVŽ-90 – Upitnik kvalitete života

KŽ – kvaliteta života

1. UVOD

1.1 SHIZOFRENIJA

Pojam shizofrenija dolazi od grčkih riječi: schizo-podijeliti i phrenos-razum ili duša, što implicira da je u osnovi poremećaja razdvajanje psihičkih funkcija mišljenja i drugih kognitivnih funkcija s jedne strane te emocija/afekta, volje i ponašanja s druge strane.

Definicije shizofrenije su mnogobrojne, a one najprimjerenije povezuju etiologiju, kliničku sliku, funkcionalnost oboljelog te tijek i ishod poremećaja. Razmišljajući u tome smjeru, shizofrenija je klinički, neurobiološki i neuropatološki heterogena skupina neurorazvojnih i/ili neurodegenerativnih psihotičnih duševnih poremećaja uzrokovanih funkcionalnim i/ili strukturalnim oštećenjima mozga. Kod shizofrenih bolesnika dolazi do specifičnog oštećenja mišljenja, percepcije, emocija, ponašanja, motivacije, pažnje, doživljavanja sebe, drugih osoba i svijeta oko sebe te propadanja ličnosti i značajnog oštećenja profesionalnog, obiteljskog i socijalnog funkcioniranja (1).

Kao poseban nozološki fenomen prvi ju je opisao Emil Kraepelin (1893.) nazivajući ju „dementia praecox“ (preuranjena demencija) jer je temeljnom odrednicom smatrao prerano gubljenje kognitivnih sposobnosti. Eugen Bleuler značajno je doprinio našim shvaćanjima poremećaja te 1911. predlaže naziv shizofrenija i dijeli simptome na fundamentalne i akcesorne (temeljne i sporedne) (2).

1.1.1. Prevalencija shizofrenije

Shizofrenija je ozbiljna i teška kronična duševna bolest s relativno visokom učestalošću od oko 1 % u općoj populaciji koja obično započinje u ranoj adolescenciji, no može se javiti i u zreloj i starijoj životnoj dobi (u literaturi se spominje kao shizofrenija s kasnim početkom) (16).

Najčešće se javlja između dvadesete i tridesete godine života, a rjeđe tijekom rane adolescencije. Također, shizofrenija se može javiti i kasnije tijekom života. Kliničke slike bolesti s kasnim početkom slične su onima s ranim početkom, osim po većem udjelu žena, zaposlenih i oženjenih. Uočene su i spolne razlike u kliničkoj slici i tijeku shizofrenije. Žene

češće razvijaju kliničku sliku shizofrenije s kasnim početkom uz naglašenije afektivne simptome i općenito povoljniju prognozu (1, 10, 16).

Stopa incidencije procjenjuje se 1 na 10 000 godišnje. Prema podatcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u razdoblju od 1962. godine do 2009. godine hospitalna incidencija shizofrenije prosječno je iznosila 0,26 na 1 000 stanovnika starijih od 15 godina, podjednako kod obaju spolova. U Hrvatskoj ima oko 18 000 oboljelih osoba od shizofrenije, od kojih je 15 120 bolnički liječeno, a 5 000 ih je u invalidskoj mirovini (3).

Također, prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije za ukupno opterećenje bolestima (DALYs) za Hrvatsku, mentalni i neurološki poremećaji na 2. su mjestu među vodećim skupinama bolesti; kod muškaraca s udjelom 20,7 %, a kod žena s udjelom od 25,6 %. Među deset vodećih pojedinačnih uzroka opterećenja bolestima čak su tri iz skupine psihičkih poremećaja: unipolarni depresivni poremećaji s udjelom 7,5 % na 3. mjestu, slijede psihički poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom 4,7 % te Alzheimerova i druge demencije s udjelom 2,6 % na 7. mjestu (4).

Skupina mentalnih poremećaja prema broju hospitalizacija sudjeluje s oko 7 % u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija u dobi je od 20 do 59 godina, što ovu dijagnostičku skupinu svrstava, uz novotvorine, u vodeće uzroke bolničkog pobola radno sposobnog stanovništva. Mentalni poremećaji su i vodeća skupina po korištenju dana bolničkog liječenja s udjelom 20 - 25 %.

U 2013. godini registrirane su 40 422 hospitalizacije zbog psihičkih poremećaja od kojih je 70,6 % bilo u dobi od 20 do 59 godina.

Najčešći uzroci spomenutih hospitalizacija u 2013. godini bili su psihički poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom 19,2 %, shizofrenija (15,5 %), depresivni poremećaji (13,3 %), reakcije na teški stres (7,3 %) i mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga (7,1 %). U odnosu na broj korištenih dana bolničkog liječenja na vodećem je mjestu dijagnoza shizofrenija s udjelom od 29,2 %, slijede poremećaji uzrokovani alkoholom (13,1 %), depresivni poremećaji (11,0 %) i mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga (7,4 %) (3).

1.1.2. Utjecaj shizofrenije na funkcionalnost oboljelih

Značajke shizofrenije i činjenica da je vrhunac njezine prevalencije upravo u radno aktivnom životnom razdoblju, kada bi osoba trebala biti u širokom opsegu radnih, socijalnih, obiteljskih aktivnosti, objašnjava njen izrazito negativan utjecaj na kvalitetu života oboljele osobe, kao i na širu društvenu zajednicu (5). Akademska postignuća i zadržavanje radnih mjesta često su narušeni zbog avolicije ili drugih manifestacija poremećaja, čak i kada su kognitivne vještine oboljelih očuvane. Većina je oboljelih nezaposlena ili zaposlena na lošijim radnim mjestima, rjeđe ulaze u bračne zajednice te imaju ograničene socijalne interakcije izvan obitelji (10).

Najmanje kod dvije trećine bolesnika shizofrenija dovodi do poteškoća u najmanje jednoj životnoj aktivnosti. Polovina je shizofrenih bolesnika procijenjena nesposobnima za rad. Visoka stopa pušenja, kao i često prisutna manjkava briga za sebe, također doprinosi njihovom lošem tjelesnom zdravlju. Ukupna nesposobnost shizofrenih bolesnika nije isključivo rezultat bolesti, već i nuspojava liječenja, socijalne izolacije, lošeg socioekonomskog statusa te nedostatka smještaja. Diljem svijeta, shizofrenija je procijenjena jednim od 30 vodećih uzroka nesposobnosti. Smrtnost shizofrenih bolesnika je za 50 % veća od smrtnosti u općoj populaciji, djelomično kao rezultat povećane stope suicida (oko 10 % shizofrenih bolesnika počini suicid) i iznenadne smrti, a djelomično i zbog povećanog rizika za obolijevanje od tjelesnih bolesti (6).

S obzirom na to da je shizofrenija bolest koja utječe na sve razine funkcioniranja oboljele osobe, u posljednje je vrijeme istraživački interes posvećen upravo otkrivanju čimbenika koji doprinose lošem funkcioniranju.

1.1.3. Etiologija shizofrenije

Do danas je proveden veliki broj istraživanja kako bi se otkrila etiopatogeneza shizofrenije. Ne zna se je li to poremećaj koji mijenja normalno razvijen mozak ili je posljedica poremećaja razvoja mozga. Najvjerojatnije je shizofrenija skupina poremećaja te je njena etiopatogeneza vrlo složena i uključuje vulnerabilnost, ali i komponentu stresa (25).

Etiološka istraživanja shizofrenije upućuju na predisponirajuće čimbenike koji

određuju sklonost razvoju shizofrenog poremećaja i koji su najčešće biološki: genetska predispozicija, prijeporođajna ili porođajna komplikacija, virusna infekcija ili poremećaj u prehrani. Precipitirajući čimbenici su različiti psihološki, interpersonalni, socijalni i kulturološki čimbenici (stres, psihotrauma, narušena obiteljska komunikacija) koji značajno utječu na pojavu bolesti, njezin tijek i ishod (12).

Zbog simptomatske i prognostičke različitosti shizofrenije, ni jedan se etiološki čimbenik ne smatra jasno uzročnim. Međutim, prema najčešće navođenom dijateza-stres modelu (koji ujedinjuje biološke, psihološke i okolinske čimbenike, naglašavajući interakciju dispozicije za razvoj poremećaja i stresa), osoba koja oboli od shizofrenije ima specifičnu biološku osjetljivost (dijatezu) koju aktivira stres te dovodi do simptoma. Stresovi mogu biti genetski, biološki te psihosocijalni ili okolinski (2, 13).

1.1.3.1. Biologijske teorije shizofrenije

Najpoznatije biologijske teorije shizofrenije su: neurodegenerativne, neurorazvojne i neurotransmitorske teorije. Otkriće je antipsihotika doprinijelo još većem razvoju biologijske teorije jer je ispravljanjem disfunkcije mozga pomoću antipsihotika nastupila i korekcija abnormalnog ponašanja.

Neurodegenerativna teorija opisuje neurodegenerativne procese u shizofreniji poput apoptoze, demijelinizacije i glioze, koji su potvrđeni mnogim znanstvenim istraživanjima. Istraživanjima je utvrđeno smanjenje moždanog volumena, povećanje ventrikula te smanjenje broja neurona, koje je najzastupljenije u subkortikalnom dijelu mozga (za razliku od klasičnih neurodegenerativnih poremećaja u kojima se gubitak neurona veže uz koru mozga) (25). Smatra se da neurodegenerativni proces napreduje sa svakom egzacerbacijom shizofrenije, da je posredovan prekomjernom aktivnošću glutamatnog sustava te na kraju rezultira gubitkom velikog broja neurona (1).

Neurorazvojna teorija shizofrenije smatra kako shizofrenija može nastati radi prirođenih i stečenih oštećenja u prenatalnom i perinatalnom razvoju, oblikuje se u adolescenciji, a javlja se u mlađoj odrasloj dobi. Istraživanja pokazuju kako na rano oštećenje mozga ne utječu samo virusi, već i neki drugi čimbenici: neishranjenost i gladovanje majke u trudnoći, jaki stres, upale i traume, ali i porođajne komplikacije mogu biti povezane s

oštećenjem djetetova mozga, odnosno pojavom shizofrenije u odrasloj dobi. Neurorazvojnu hipotezu podupiru neuroslikovni nalazi izostanka glioze (što znači da je gubitak neurona nastupio tijekom razvoja mozga), kao i odstupanja u psihomotornom razvoju, poteškoće učenja te otkloni u ponašanju koji se manifestiraju daleko prije nego što je nastupila klinička slika shizofrenije (1).

Neurotransmitorska se teorija temelji na tome da je shizofrenija posljedica disfunkcije neurotransmitorskog sustava u mozgu. Opisane su promjene u regulaciji gotovo svih neurotransmitorskih sustava: serotoninski, dopaminski, adrenergički, acetilkolinski te sustav GABE i glutamata (25).

1.1.3.2. Psihodinamske teorije shizofrenije

Psihodinamske je teorije shizofrenije moguće svrstati u dva klastera: deskriptivno - homeostatske i etiološki-facilitirajuće, klasične, interpersonalne i razvojne. Zajedničko im je obilježje da pripadaju modelu mentalnog funkcioniranja koji pretpostavlja da je pojava simptoma funkcionalni poremećaj te da je i normalno i abnormalno ponašanje određeno dinamičnom i složenom međuigrom nesvjesnih motivacijskih snaga koje djeluju suprotstavljeno ili sinhronizirano. Također, razvijene su iz psihoanalitičke psihoterapijske prakse; teško ih je operacionalizirati i provjeriti; previše su apstraktne, temeljene više na empatičnim nego objektivnim podatcima; valjanost im nije empirička, već počiva na povezanosti s kliničkim iskustvom, na slaboj integriranosti u cjelinu i na slaboj korisnosti za liječnika i bolesnika (13, 14).

Sukladno psihodinamskim teorijama, shizofrenija može biti posljedica različitih fiksacija u psihoseksualnom razvoju, psihotrauma iz ranog djetinjstva, konflikata ili zastoja unutar ličnosti, neprimjerenih mehanizama obrane, patološkog ili gubitničkog skriptiranja ili životnog scenarija, poremećaja vezanja za ljude i objekte, nezadovoljenih temeljnih psihosocijalnih potreba, poremećene intrapsihičke dinamike ego stanja, deficita teorije uma i iskrivljene mentalizacije, reaktivacije obrazaca mišljenja i ponašanja koji su bili adaptivni u primitivnim fazama razvoja ljudske rase (25).

Shizofrenija se unutar ovih teorija promatra kao skup pozitivnih i negativnih simptoma

te poremećenih interpersonalnih odnosa. Nakon narcističke povrede razvijaju se pozitivni simptomi koji su posljedica konflikta. Negativni su simptomi deficitarne prirode. Simptomi poremećenih odnosa odraz su kombinacije konflikta i deficita, a očituju se agresivnim i hostilnim ponašanjem (25).

1.1.3.3. Genetski čimbenici i čimbenici okoline

Ekspresija genskih etioloških čimbenika shizofrenije istražuje se pomoću istraživanja obitelji, istraživanja jednojajčanih i dvojajčanih blizanaca te adoptivnih studijas.

Istraživanja pokazuju da shizofreni češće imaju psihički oboljele u obitelji; da je rizik obolijevanja od shizofrenije, ako su oba roditelja shizofreni oko 34 % (14) do čak 46 % (26), a ako je shizofren samo jedan roditelj 6 % (14) do 13 % (26) nasuprot 1 - 2 % u općoj populaciji; da jednojajčani blizanci češće obolijevaju od shizofrenije nego opća populacija, ali i da ih je 31 do 59 % zdravih i da usvojenici sa shizofrenim biološkim roditeljem obolijevaju od shizofrenije u 18,8 % nasuprot 10 %, ako biološki roditelj nije shizofren (14). Rezultati ukazuju da genetski čimbenici nisu dovoljni uzrok shizofrenije i da shizofrenogeni genotip ima širok raspon kliničke ekspresije i ovisi o prije i poslijeporođajnim čimbenicima okoline (14).

Testiranje modela nasljeđivanja urodilo je *kvantitativnim genetskim modelima:* prvo monogenetskim modelom, a kasnije multifaktorijalnim modelom koji je uključivao genetsku heterogenost i čimbenike okoline koji su u međusobnom djelovanju, od kojih ni jedan sam nije dovoljan uzrok shizofrenije. Najvjerojatnije je da se nasljeđuje: nekoliko gena, osjetljivost na virusne i bakterijske infekcije, asimetrični razvoj mozga (koji vodi abnormalnosti lijeve ili dominantne hemisfere, širem korpusu kalozumu i većem broju receptora) i neke stabilne osobine koje postoje prije bolesti (14).

Razvoj tehnike genskog mapiranja i mapiranje ljudskog genoma osiguralo je informacije i metode - ***molekularne genetičke strategije*** koje će vjerojatno pomoći etiološkom objašnjenju shizofrenije. Shizofrenija jest nasljedna bolest, no još uvijek ne znamo kako se prenosi, iako se uz nju povezuje mnogo genskih lokacija (u centru pažnje su kromosomi 6, 8, 22, 1, 7, 12 i 13) (25). Najnovija saznanja idu u smjeru da su stotine ili tisuće gena uključene u

genezu shizofrenije, te je prema poligenetičnom multifaktorijelnom modelu, shizofrenija posljedica kombiniranog djelovanja gena u interakciji s čimbenicima okoline (25).

Okolinski su čimbenici nužni kako bi se razvila slika poremećaja. U okolinske se čimbenike ubrajaju: infektivni agensi, komplikacije u gestaciji i porodu, štetna uporaba psihoaktivnih tvari (25).

Virusna hipoteza već više od četrdeset godina zaokuplja pažnju i zanimanje istraživača. Objašnjava nastanak shizofrenije infekcijom retrovirusom, čiji se antigen inkoporira u genom zaražene osobe. Njegova promjena dovodi do kasnijeg javljanja shizofrenije (22). Drugo je tumačenje da virus djeluje posredno. Naime, kod osoba s genetskom predispozicijom za razvoj shizofrenije smanjene su imunološke obrambene mogućnosti te će kod njih češće doći do virusnih infekcija. Posljedično se razvijaju autoimune reakcije, koje mijenjaju neurotransmisiju te djeluju neurodegenerativno (22).

U novijim se istraživanjima također spominje niz okolinskih čimbenika za koje se pretpostavlja da bi mogli utjecati na razvoj shizofrenije kao što su buka, naseljenost, zagađenje, intenzitet stresa i sezonski nevirusni čimbenici (25, 27).

Tako neke teorije navode povećanu prevalenciju shizofrenije u urbanim sredinama i među nižim socioekonomskim kategorijama, što se kasnijim istraživanjima nije potvrdilo. Novija su shvaćanja da se prevalencija shizofrenije ne može pripisati socijalnom statusu, te da je različita prevalencija između socijalnih kategorija zapravo posljedica nemogućnosti socijalnog pomaka shizofrenih bolesnika. Drugo je istraživanje utvrdilo značajnu incidenciju s ranim početkom kod socijalno najviše kategorije, a pretpostavlja se da je razlog tome ranije prepoznavanje poremećaja zbog mogućnosti ranije dijagnostike i liječenja (28, 29).

Shizofrenija je kao neuropatološki i neurorazvojni poremećaj rezultat interakcije nasljednih sklonosti i rizičnih okolinskih čimbenika. Budući da se u dosadašnjim istraživanjima nije uspio u potpunosti izolirati niti jedan čimbenik, očekuje se da će se buduća istraživanja etiologije shizofrenije najviše baviti uzajamnim međudjelovanjem genetskih i okolinskih čimbenika (25).

1.1.3.4. Dijateza-stres model

Dijateza-stres model je koncept nadređen drugima jer ujedinjuje različite modele i čimbenike. On shizofreniju opisuje kao dinamičku posljedicu interakcije genetskih ili bioloških čimbenika i psiholoških (nekih urođenih i nekih naučenih) čimbenika kroz iskustvo. Urođena vulnerabilnost za shizofreniju i različiti okolinski događaji nužni su za razvoj shizofrenije. Različite vrste stresora, unutarnjih i vanjskih, koji traže adaptaciju, mogu pretvoriti vulnerabilnost u simptom. Snaga nošenja sa stresom ili podrška koja smanjuje stres mogu umanjiti ili spriječiti kliničku ekspresiju ili vulnerabilnost. Shizofrenija je tako određena prirodom vulnerabilnosti, stresom, individualnom snagom i podrškom okoline (2, 12, 22).

1.1.4. Klinička slika i dijagnoza shizofrenije

Shizofrenija je skupina psihotičnih poremećaja predstavljena brojnim simptomima koji se najčešće dijele u dvije glavne kategorije: pozitivne i negativne simptome. Međutim, suvremeni pristup simptomatskoj dimenziji bolesti, temeljen na brojnim studijama ovog područja, ukazuje da se simptomi shizofrenije mogu podijeliti u pet dimenzija. Uz pozitivne i negativne, navode se i kognitivni, agresivni i afektivni simptomi koji se međusobno mogu preklapati. Ovakvo pojmovno simptomatsko odvajanje može biti višestruko korisno u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi, omogućujući učinkovitije provođenje specifičnih i ciljanih terapijskih postupaka. Također, pojavnost i intenzitet pojedine dimenzije simptoma potencijalno može ukazivati i na prognozu bolesti. Naime, današnje spoznaje o shizofreniji ukazuju da se unutar skupine shizofrenih bolesnika mogu razlikovati podgrupe s potencijalno različitim ishodom (8, 9).

Pozitivne simptome čine sumanutosti, halucinacije, disocirani govor (npr. učestalo slabljenje asocijativne povezanosti ili inkoherentnost), jako dezorganizirano ili katatono ponašanje. Negativni simptomi obuhvaćaju: smanjenu emocionalnu ekspresiju (elementi koji daju emocionalnu komponentu govoru: reducirano izražavanje facijalnih ekspresija i kontakta očima, usporen tempo i ritam govora, pokreti ruku, glave i lica), avoliciju ili apatiju (gubitak energije i nedostatak zanimanja za uobičajene svrhovite aktivnosti), anhedoniju (nesposobnost doživljavanja osjećaja zadovoljstva i oslabljeno prisjećanje ranije proživljenih

osjećaja zadovoljstva), alogiju (smanjena govorna produkcija) i asocijalnost (nedostatak zanimanja za socijalne interakcije) (10).

Negativni simptomi mogu biti primarni te tada predstavljaju bazične simptome shizofrenije, i sekundarni (u odnosu na pozitivne simptome – ako se javljaju u sklopu depresivnih simptoma ili socijalne deprivacije te ako su posljedica ekstrapiramidnih negativnih popratnih pojava terapije antipsihoticima). Negativni su simptomi često prisutni i između pojedinih akutnih epizoda te u prodromalnoj fazi shizofrenije kada ih je nužno pratiti s posebnom pozornošću. Novija istraživanja utvrđuju značajan utjecaj negativnih simptoma na mogući ishod shizofrenog procesa, što je u skladu s neurodegenerativnom hipotezom shizofrenije. Naime, iako je općepoznato kako pozitivni simptomi u akutnoj fazi bolesti značajno umanjuju funkcioniranje bolesnika, negativni simptomi, iako ne tako dramatični, značajno određuju funkcioniranje bolesnika, a time i prognozu bolesti. Zbog njihovog deteriorirajućeg utjecaja na bolesnikove socijalne i kognitivne kapacitete, često rezultiraju lošijim ishodom bolesti i lošijom kvalitetom života bolesnika (11).

Kognitivni simptomi dovode do trajnih ili privremenih oštećenja kognitivnih procesa. Kognitivni deficiti uključuju: poremećaj mišljenja, nekoherentan govor, gubitak asocijacija, neologizme (novostvorene riječi), oštećenje pažnje, oštećenje procesiranja informacija te pad opće inteligencije (22). Često se mogu preklapati s negativnim i afektivnim simptomima i na taj način determinirati ishod bolesti.

Agresivni simptomi obuhvaćaju: hostilnost, verbalnu i fizičku agresivnost (posebno kod paranoidne forme), autodestruktivno i suicidalno ponašanje (obično izvan akutne forme bolesti), sklonost oštećivanju imovine, impulzivnost te seksualno nepredvidivo reagiranje. Agresivni se simptomi često mogu preklapati s pozitivnima.

Afektivni simptomi uključuju: depresivno raspoloženje, anksioznost, osjećaj krivnje, napetost, iritabilnost, zabrinutost. Iako su često prisutni u shizofreniji, navedeni simptomi mogu ukazivati i na postojanje „paralelnih“ afektivnih i anksioznih poremećaja (9, 11).

1.1.5. Tijek bolesti

Klinički se tijek shizofrenije može podijeliti u nekoliko faza. Iako ova razdoblja nemaju uvijek jasne granice, najčešće se spominju četiri faze: asimptomatska ili premorbidna, prodromalna, akutna ili aktivna i rezidualna ili kronična faza.

Asimptomatska ili premorbidna faza je razdoblje u kojemu nema jasnih znakova bolesti, ali postoje određena premorbidma odstupanja u kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom funkcioniranju. Najistaknutija su odstupanja: usporen psihomotorni razvoj, smetnje pažnje, socijalno povlačenje, nedruštvenost, submisivnost, sramežljivost, anksioznost, nesigurnost i preosjetljivost. Osobe s premorbidno lošijim funkcioniranjem ranije razvijaju prvu psihotičnu epizodu te imaju izraženije kognitivne i negativne simptome, udružene s kasnijim nepovoljnim ishodom bolesti (1). Važno je napomenuti kako spomenuta premorbidna odstupanja mogu trajati cijeli život, a da se pritom ne razvije psihijatrijski poremećaj.

Prodromalna je faza, koja u adolescenciji može, ali i ne mora biti prisutna, obilježena pojavom nespecifičnih simptoma i znakova (prodroma), a prije pojave psihotičnih fenomena. Uobičajeno se očituje sporim i postupnim razvojem različitih simptoma i znakova (povlačenje iz socijalne sredine, neuobičajeno ponašanje, zapuštanje higijene, nedostatak inicijative, energije i afektivnog angažmana, emocionalna labilnost, povećanje anksioznosti, iritabilnosti i bijesa, nesanica, gubitak apetita, gubitak koncentracije, smetnje pamćenja, sumnjičavost). Učestalo je prisutna i zlouporaba sredstava ovisnosti. U ovoj je fazi moguća i pojava kratkotrajnih psihotičnih simptoma (ideja odnosa, paranoidnih interpretacija, perceptivnih obmana…).

U akutnoj ili aktivnoj fazi dolazi do naglog javljanja pozitivnih simptoma (sumanutosti, halucinacije, dezorganizirano ponašanje, disocirano mišljenje, kvalitativno promijenjeni afekt), najčešće između 20. i 30. godine života. Aktivna je faza obilježena prvom psihotičnom epizodom, kasnijim epizodama pogoršanja ili relapsa te epizodama poboljšanja ili remisije. U ovoj se fazi odvijaju brojni neurotoksični procesi te se događaju neurodegenerativne promjene koje značajno narušavaju funkcionalnost oboljelog, a najčešće bez povratka na razinu funkcioniranja prije pojave bolesti (1).

Kronična ili rezidualna faza je razdoblje nakon završetka akutne faze. Ponekad se može javiti nakon prve akutne faze, a ponekad nakon više godina liječenja. Ovu fazu

karakteriziraju poremećaji funkcioniranja, trajne afektivne promjene i kognitivne deterioracije, uz izrazitu onesposobljenost na svim funkcionalnim razinama (obiteljska, socijalna, profesionalna) (1, 22).

Tijek bolesti može biti različit te to potvrđuju brojne studije o tijeku i ishodu shizofrenije (15). Sukladno tome, neki bolesnici imaju egzarcerbacije i remisije, dok drugi ostaju kronično bolesni. Kod nekih bolesnika bolest pokazuje više ili manje stabilan tijek, dok je kod drugih prisutno vidno napredujuće pogoršanje popraćeno onesposobljenošću na različitim područjima. Potpuna remisija, tj. povratak na premorbidno funkcioniranje nije česta pojava kod oboljelih od shizofrenije.

U početku bolesti mogu biti jače naglašeni negativni simptomi koji se javljaju često kao prodromalni simptomi, a kasnije se javljaju pozitivni simptomi (16).

Čimbenici koji su povezani s boljim terapijskim učinkom i terapijskim ishodom bolesti su: dobra premorbidna prilagodba, akutni početak, kasniji početak, ženski spol, precipitirajući događaji, pridruženi poremećaji raspoloženja, kratko trajanje simptoma aktivnog stadija, dobro međuepizodno funkcioniranje, malo rezidualnih simptoma, nedostatak strukturnih moždanih abnormalnosti, obiteljska anamneza poremećaja raspoloženja bez anamneze shizofrenije. Raniji je početak liječenja jedan od osnovnih čimbenika bolje prognoze te je stoga vrlo važno rano uočavanje bolesti, odnosno prepoznavanje premorbidne i prodromalne faze (16).

1.1.6. Tipovi shizofrenije

MKB 10 shizofrenije dijeli na paranoidnu shizofreniju, hebefrenu shizofreniju, katatonu shizofreniju, nediferenciranu shizofreniju, postshizofrenu depresiju, rezidualnu shizofreniju, shizofreniju simplex, ostale shizofrenije i nespecificiranu shizofreniju (23).

Paranoidna se shizofrenija najčešće javlja te se kod ovog oblika shizofrenije ističu relativno trajne sumanute paranoidne ideje, obično udružene s halucinacijama, osobito slušnim, i poremećajima opažanja. Poremećaji afekta, volje, govora te katatoni simptomi ili nisu uopće prisutni ili su prisutni u lakšem obliku.

Hebefrenu shizofreniju nazivaju još i dezorganiziranom. To je oblik shizofrenije koji

počinje naglo, najranije od svih shizofrenija (između 15. i 25. godine života) te ju karakteriziraju afektivne promjene, uz sumanutosti i halucinacije, koje su prolazne i fragmentarne. Ponašanje je neodgovorno i nepredvidivo s čestim manirizmima, raspoloženje površno i neprimjereno, mišljenje je dezorganizirano, a govor nekoherentan. Kasnije se pojavljuju i težnja prema socijalnoj izolaciji te niz negativnih simptoma (bezvoljnost, nezainteresiranost, udaljeni afekt), zbog kojih je i prognoza nepovoljna (23).

Katatona shizofrenija najrjeđi je oblik bolesti kod kojeg dominiraju izraženi psihomotorni poremećaji. Simptomi se kreću od hiperkinezije i stupora, preko katatone uzbuđenosti do stereotipije, manirizma, voštane savitljivosti i negativizma. Prisilni stavovi ili položaji mogu se zadržati kroz dugo razdoblje. Katatone pojave mogu biti udružene s oneroidnim stanjima (stanjima nalik na san) sa živim slikovitim halucinacijama. Bolesnici s ovim oblikom shizofrenije najranije dolaze na liječenje (22, 23).

Nediferencirana ili atipična shizofrenija psihotično je stanje koje udovoljava općim dijagnostičkim kriterijima shizofrenije, ali ne zadovoljava kriterije ni za jedan od oblika shizofrenije ili pak ima obilježja više od jednog tipa shizofrenije.

Postshizofrena depresija odnosi se na shizofreniju na koju se nastavlja različito duga depresivna epizoda. Pozitivni ili negativni simptomi shizofrenije trajno su prisutni, ali ne osobito. Ako se potpuno izgube, riječ je o depresiji, a ako su izraženi i dominantni, postavlja se dijagnoza odgovarajuće shizofrenije.

Rezidualna shizofrenija kronično je stanje obilježeno odsutnošću naglašenih pozitivnih simptoma, uz prisutnost dugotrajnih, najčešće ireverzibilnih negativnih simptoma.

Shizofrenija simplex je oblik poremećaja koji ima neupadan, ali progredirajući razvoj čudna ponašanja, nemogućnosti ispunjenja zahtjeva okoline i smanjenje cjelokupne aktivnosti. Svojstvena se negativna obilježja rezidualne shizofrenije (najčešće otupjeli afekt i gubitak volje) razvijaju bez prethodnih očitih psihotičnih simptoma. Pozitivni se simptomi mogu pojaviti nakon duljeg trajanja bolesti, no oni nisu izraziti.

1.1.7. Liječenje

Liječenje shizofrenije dugotrajno je, a ovaj je poremećaj, osim što predstavlja veliki teret za oboljeloga i njegovu obitelj, veliki teret za okolinu i društvo u cjelini. Neliječeni ili neprimjereno liječeni shizofreni bolesnici disfunkcionalni su na svim poljima: obiteljskom, profesionalnom i socijalnom.

Liječenje shizofrenije uključuje hospitalizaciju s biologijskim postupcima (pri čemu se pažnja posvećuje izboru antipsihotičnih lijekova, doziranju, održavanju i, prema potrebi, uključivanju drugih lijekova – antidepresiva, anksiolitika, sedativa, hipnotika i drugih, elektrostimulativnom terapijom, neuromodulatornom terapijom i neuroregenerativnom terapijom) te psihosocijalno liječenje s bihevioralnom, obiteljskom, grupnom, individualnom terapijom i terapijom učenja socijalnih vještina i rehabilitacije (1, 13, 14).

Izbor psihofarmakološke terapije, psihoterapije i psihosocijalnih intervencija obavlja se na temelju procjene kliničkog stanja bolesnika i raspoloživih mogućnosti liječenja (16).

Današnja terapijska sredstva značajno mijenjaju kliničku sliku, tijek i prognozu poremećaja, no ipak nema postupka koji može u potpunosti izliječiti shizofrenog bolesnika. I dalje je vrlo jaka stigmatiziranost bolesnika i članova njihovih obitelji i uz nju se vežu osjećaji straha, nelagode i izbjegavajućeg ponašanja. Shizofrenija predstavlja veliki socijalni i ekonomski teret za društvo te veliku patnju za bolesnika i njegovu obitelj (24).

1.2. KVALITETA ŽIVOTA

Kvaliteta života iznimno je složen koncept koji je predmetom znanstvenog interesa i istraživanja postao sredinom prošloga stoljeća. Tijekom povijesti mijenjale su se definicije, kao i načini mjerenja kvalitete života. Sredinom dvadesetog stoljeća kvaliteta života uglavnom se mjerila objektivnim indikatorima (životni standard), a nešto kasnije u središte istraživačkog interesa dolazi opažanje zadovoljenja osobnih i društvenih potreba. Tek su se šezdesetih godina dvadesetog stoljeća počeli jasno razlikovati subjektivni od objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života. Sedamdesetih su se godina istraživanja kvalitete života usmjerila na subjektivne pokazatelje kvalitete života. To je koncept kvalitete života koji se razlikuje od prijašnjih po svojoj usmjerenosti na pojedinca (19). Upravo je subjektivna kvaliteta života

postala predmetom današnjih intenzivnih psiholoških istraživanja.

S obzirom na to da su definicije kvalitete života i dalje vrlo brojne, ovdje će se navesti jedna od najčešće citiranih. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) pod kvalitetom života podrazumijeva opažanje pojedinca o vlastitom položaju u životu u sklopu kulture i vrijednosti sustava u kojima živi, a u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i probleme sredine (17, 18). Aksiološka i socijalna komponenta sadržana u pojmu kvalitete života relativizira materijalne i psihološke aspekte načina življenja, kao što su dohodak, veličina stambenog prostora, zadovoljstvo različitim oblicima interakcija i sl. Ona ističe koliko subjektivnu i egzistencijalnu, toliko i vrijednosnu procjenu bolesnikova načina življenja u kojemu je osobno obojeno zadovoljstvo životom u središtu ocjene i duševnog i fizičkog zdravlja.

Brojne su teorije vezane uz zadovoljstvo kvalitetom života, a kao jedna od najvažnijih spominje se teorija Michalosa koja se temelji na postojanju višestrukih nesrazmjera (20). Prema teoriji višestrukih nesrazmjera pojedinci neprestano uspoređuju svoja postignuća s onim što žele te uspoređuju i vlastita postignuća s postignućima drugih ljudi. Zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo nastaje kao rezultat neprestanih usporedbi. Razina očekivanog zadovoljstva izravno će motivirati akcije za postizanje i održavanje mreže zadovoljstva. Teorija pretpostavlja da će na sve nesrazmjere, zadovoljstvo i akcije izravan utjecaj imati različite sociodemografske varijable: dob, spol, obrazovanje, kulturalna pripadnost, prihodi, samopoštovanje i socijalna potpora (20).

U pokušajima teorijskog objašnjenja pojma subjektivne dobrobiti i zadovoljstva životom, razvijeni su i različiti modeli, od kojih se najčešće spominju:

1. model odozdo prema gore („bottom-up model“) koji pretpostavlja veći značaj objektivnih okolnosti za zadovoljstvo životom koje se oblikuje na temelju zbrajanja zadovoljstava u različitim životnim područjima,
2. model odozgo prema dolje („top-down model“) koji polazi od pretpostavke da unutarnje osobine pojedinca određuju interpretiranje životnih događaja na pozitivne ili negativne načine,
3. model dinamičke ravnoteže – model koji ujedinjuje prethodna dva sugerirajući da se procjena zadovoljstva životom oblikuje pod utjecajem situacijskih i vanjskih čimbenika kao stalnih izvora informacija, a čiju stabilnost uvjetuju crte ličnosti (20).

1.2.1. Kvaliteta života i shizofrenija

Otprilike trećina psihijatrijskih bolesnika (riječ je u najvećoj mjeri o psihotičnim bolesnicima) liječi se do kraja svoga života, tako da je pitanje njihove kvalitete života u kontinuiranom središtu istraživanja psihijatara i ostalih stručnjaka koji se njima bave. Kada se tome dodaju problemi s društvenim etiketiranjem duševno oboljelih, onda pitanje kvalitete života psihičkih bolesnika dobiva još više na značaju. Među kroničnim psihijatrijskim bolesnicima izloženim etiketiranju najčešći su shizofreni bolesnici.

Kada se govori o kvaliteti života shizofrenih bolesnika, treba istaknuti da je ovaj problem u odnosu na sve druge psihijatrijske bolesnike do sada najčešće ispitivan upravo kod njih (5). Nedostatak kritičnosti ili realnog uvida u prirodu vlastitog psihičkog stanja, posebno kod akutnih psihotičnih poremećaja, kod poremećaja svijesti, ali i kod sudionika preplavljenih negativnim emocijama koje sužavaju svijest ili bitno usmjeravaju mišljenje i rasuđivanje, bio je vjerojatno glavna prepreka ispitivanju kvaliteta života akutno oboljelih psihotičnih bolesnika svih dijagnostičkih kategorija. U početku su rađena istraživanja kvalitete života shizofrenih bolesnika u kasnim fazama bolesti i u situacijama kada su bolesnici pripremani za drugi oblik liječenja (za drugu vrstu lijekova, najčešće) ili drugačiji način života (na primjer, smještaj u domu).

Koncept kvalitete života u psihijatriji prihvaćaju danas i psihijatri i bolesnici, ali ga prihvaćaju i u politici farmaceutske industrije kao kriterij procjene medikamentozne terapije. Iako se u svijetu pojavljuju radovi koji daju kritički osvrt na pravu poplavu radova o kvaliteti života (naglašavajući poteškoće u primjeni rezultata istraživanja i lakoći provođenja istraživanja pomoću upitnika), u našoj su sredini ovakva istraživanja tek u zamahu. S druge strane, očigledno je, na temelju pregleda literature o istraživanju kvalitete života shizofrenih bolesnika, da kvaliteta života, posebno njegovi subjektivni aspekti, mogu pokraj znatnog utjecaja depresivnosti, osobina ličnosti i prilagodbenih kapaciteta bolesnika, poslužiti kao minimalan standard indikatora ishoda tretmana shizofrenih bolesnika.

O kvaliteti života osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja trenutačno se vodi jedna od najzanimljivijih rasprava u ovome području, upravo zbog nekonzistentnih nalaza dosadašnjih istraživanja. Naime, prema velikom broju istraživanja, kvaliteta života psihotičnih pacijenata obično je značajno niža od kvalitete života zdravih osoba, što je posve očekivan

nalaz. Psihotične poremećaje doživljavamo najtežim psihičkim bolestima, pa ne iznenađuju rezultati brojnih studija koji pokazuju da je kvaliteta života tih osoba značajno lošija od procijenjene kvalitete života osoba oboljelih od drugih psihičkih poremećaja. U istraživanju Akvardara i sur. (2006.), pacijenti sa shizofrenijom postigli su lošije rezultate u različitim domenama kvalitete života u odnosu na oboljele od bipolarnog poremećaja i ovisnosti o alkoholu (41). Ovi rezultati upućuju na njihove kognitivne deficite, narušeno samopoštovanje i sliku vlastitoga tijela, društvenu izolaciju i stigmatizaciju, nezaposlenost itd., odnosno potvrđuju da je shizofrenija kronična bolest koja zahvaća sve aspekte svakodnevnog života (5, 41).

Nasuprot ovim očekivanim nalazima, rezultati relativno velikog broja novijih istraživanja vrlo su iznenađujući te ukazuju na suprotan trend, tj. kvalitetu života oboljelih od shizofrenije smatraju boljom u odnosu na onu kod nekih drugih psihičkih poremećaja. Najčešće je riječ o afektivnim poremećajima, odnosno najčešće depresiji (32, 35, 37). S obzirom na to da je kod shizofrenih pacijenata utvrđen veći broj negativnih životnih okolnosti u odnosu na depresivne pacijente, a rezultati se nisu mogli objasniti težinom simptoma ni drugim sociodemografskim varijablama, istraživači su ponudili nekoliko objašnjenja ovih neočekivanih rezultata. Navode kako je moguće da su ovi rezultati posljedica slabog uvida shizofrenih pacijenata u bolest i njezin utjecaj na svakodnevni život. Drugo je objašnjenje da shizofreni pacijenti procjenjuju svoje životne okolnosti zadovoljavajućima jer im nedostaje motivacijskih kapaciteta za rad na promjenama. Nadalje, rezultate je moguće objasniti pristranošću koja je prisutna kod pacijenata s afektivnim poremećajima, odnosno njihovim problemima atribucija, stavova i evaluacija koji njihove samoiskaze mogu pomaknuti u negativnijem smjeru. Na kraju, jedna je od najprihvaćenijih pretpostavki da su shizofreni pacijenti razvili prilagodbene mehanizme putem kojih tijekom vremena prihvaćaju različite promjene u svojoj okolini te su s vremenom skloniji takva iskustva procjenjivati manje ekstremnima. S obzirom na činjenicu da je shizofrenija kronična bolest te da ovi pacijenti trajno žive u nepovoljnim uvjetima, vjerojatno se s vremenom prilagođavaju na svoju promijenjenu životnu situaciju i procjenjuju svoje teškoće manje ekstremnima. To posljedično dovodi i do viših procjena zadovoljstva životom, nego što bi se objektivno očekivalo s obzirom na okolnosti u kojima žive (5, 35).

Odnos kvaliteta života s različitim sociodemografskim i kliničkim varijablama kod osoba s psihotičnim poremećajima u većem se broju istraživanja nastojao dovesti u vezu jer se pretpostavlja da je dobro razumijevanje ovih odnosa izuzetno važno za razvoj učinkovitih i isplativih intervencija i tretmana za ove pacijente.

1.3. PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI I KVALITETA ŽIVOTA

1.3.1. Demografska obilježja i kvaliteta života

Iako su demografske značajke često predmet zanimanja studija o shizofreniji, najčešće se javljaju u kontekstu istraživanja njene učestalosti, pojavnosti i utjecaja na terapijske učinke. Istraživanja njihove povezanosti s kvalitetom života još su uvelike proturječna te relativno rijetka u našim područjima.

Najčešće ispitivana sociodemografska obilježja su spol, dob, razina obrazovanja, bračni i radni status, visina prihoda, obiteljski i socijalni odnosi, mjesto stanovanja i sl. Iako istraživanja najčešće pokazuju da sociodemografski čimbenici imaju vrlo slab utjecaj na opću kvalitetu života osoba s teškim psihičkim bolestima, u dijelu je istraživanja ipak utvrđeno da su određena sociodemografska obilježja povezana s nekim aspektima subjektivne kvalitete života.

Ispitivanja demografskih obilježja u samoprocjeni zdravlja općenito pokazuju da osobe starije životne dobi češće svoje zdravlje procjenjuju lošijim (30).

Međutim, najnovija istraživanja sugeriraju da stariji pacijenti s psihotičnim poremećajima pokazuju veće zadovoljstvo kvalitetom života u odnosu na mlađe pacijente, no valja naglasiti da dobivene razlike u pravilu nisu velike (31, 32). Nalazi ovih istraživanja nisu jasno objašnjeni, no razumno je pretpostaviti kako stariji pacijenti s vremenom prihvaćaju svoju bolest, prilagođavaju se na funkcionalna ograničenja koja ona nosi sa sobom, razvijaju učinkovitije strategije suočavanja te u većoj mjeri prihvaćaju ponuđene tretmane i metode pomoći (5).

Analize spolnih razlika pokazuju da žene procjenjuju svoju kvalitetu života vezanu uz

zdravlje nižom od muškaraca, iako u prosjeku žive duže i više brinu o svom zdravstvenom stanju (33, 34). Istraživači navode spolne razlike u smislu niže kvalitete života kod žena u odnosu na muškarce u domenama društvenih kontakata, socijalnog funkcioniranja te tjelesne boli. Budući da su žene sklonije iznošenju svojih tegoba, ovi su nalazi u rodnim razlikama u najvećoj mjeri objašnjeni kulturološkim obilježjima.

Međutim, što se tiče istraživanja na populaciji psihotičnih pacijenata, viša se kvaliteta života češće bilježi kod žena nego kod muškaraca (35). Istraživanje Carona i sur. na uzorku oboljelih od shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja sugerira da je spol značajan prediktor opće kvalitete života i zadovoljstva svakodnevnim aktivnostima, uz pretpostavku da je veće zadovoljstvo žena svakodnevnim aktivnostima odraz tradicionalnih uloga zbog kojih su one u tom području razvile superiornije vještine nego muškarci (5, 36).

Istraživanja povezanosti razine obrazovanja i kvalitete života osoba s psihotičnim poremećajima daju nekonzistentne nalaze. Određeni broj istraživanja utvrđuje negativnu korelaciju između stupnja obrazovanja i kvalitete života, no drugi utvrđuju kako su obrazovaniji pacijenti zadovoljniji svojim životom u usporedbi s manje obrazovanima (36). Pozitivna se korelacija može najvjerojatnije objasniti činjenicom da je viša razina obrazovanja obično povezana s višom verbalnom inteligencijom, koja je, pak, pozitivno povezana s kvalitetom života (5). Također, u uskoj se vezi sa stupnjem obrazovanja nalaze i financijski prihodi koji su jasan pokazatelj kvalitete života. S druge strane, negativna se korelacija potencijalno može objasniti većim uvidom pacijenata s višom razinom obrazovanja.

Radni se status pokazao iznimno važnim prediktorom kvalitete života osoba sa shizofrenijom i drugim psihotičnim poremećajima (5, 32, 36). Njihova je kvaliteta života značajno bolja uz uvjet da imaju bilo kakav posao, no, nažalost, vrlo su često nezaposleni (37). Značajke shizofrenije i činjenica da je vrhunac njezine prevalencije u radno aktivnom životnom razdoblju, objašnjava njezin izrazito negativan utjecaj na kvalitetu života. Caron i sur. utvrđuju da mlađi pacijenti izvještavaju o nižoj kvaliteti života u području financija nego stariji, što je moguće objasniti smanjenim očekivanjima starijih pacijenta te njihovoj prilagodbi na bolest i situaciju u kojoj se nalaze, a isto tako nije isključeno da su s vremenom prikupili određena materijalna sredstva koja mlađi pacijenti još nisu stekli (5, 36).

Za razliku od ovih istraživanja, rezultati jedne švicarske studije pokazuju da visina prihoda nije povezana sa subjektivnom kvalitetom života osoba sa shizofrenijom i drugim psihotičnim poremećajima (37). Utvrđeno je kako je tim pacijentima mnogo važnije samo zaposlenje od visine prihoda, pri čemu čak nije relevantno o kakvom se poslu radi. Taj se zanimljiv nalaz objašnjava time što zaposleni pacijenti imaju širu socijalnu mrežu, dobivaju više socijalne podrške i općenito su bolje socijalno integrirani od onih koji nisu zaposleni (38).

Oboljeli od shizofrenije izjavljuju da nisu zadovoljni stupnjem ostvarivanja bliskih veza s drugima (39). Često nisu u bračnim ni partnerskim zajednicama, žive sami ili s roditeljima, a mnogima su jedine socijalne inerakcije one koje ostvaruju unutar najuže obitelji, što značajno utječe na njihovu procjenu kvalitete života (40).

1.3.2. Klinički čimbenici (trajanje bolesti, dužina liječenja, vrsta antipsihotika i broj hospitalizacija) i kvaliteta života

Kvaliteta života učestalo se povezuje i s određenim kliničkim čimbenicima. Među često istraživanima su trajanje bolesti, ukupna dužina liječenja, vrsta antipsihotika te broj hospitalizacija tijekom života.

U velikom se broju istraživanja relativno dosljedno pokazuje kako je duljina trajanja bolesti pozitivno povezana s procijenjenom kvalitetom života, tj. da pacijenti koji dugi niz godina boluju od shizofrenije procjenjuju svoju kvalitetu života višom od pacijenta koji su kraće bolesni (42). Rezultati ovih studija idu u prilog adaptacijskoj teoriji. Međutim, najrecentnija istraživanja utvrđuju kako trajanje bolesti nije značajan prediktor kvalitete života shizofrenih pacijenata te i ovdje pronalazimo prostora za daljnja istraživanja (43).

Istraživanja povezanosti ukupnog broja hospitalizacija i kvalitete života osoba s psihotičnim poremećajima daju nekonzistentne nalaze. Određeni broj istraživanja utvrđuje negativnu korelaciju između ukupnog broja hospitalizacija i kvalitete života (36, 44, 45), no druga skupina istraživanja utvrđuju kako nema razlika između skupina u procijenjenoj kvaliteti života (46, 47).

Odnos vrste antipsihotika i kvalitete života shizofrenih pacijenata predmetom je istraživačkog zanimanja unazad nekoliko desetljeća te je upravo ovaj odnos najviše istraživan. Unatoč takvom velikom istraživačkom zanimanju, još uvijek nemamo jednoznačne i dosljedne nalaze vezane uz ovo pitanje (48 – 66).

U literaturi se nalaze brojni nalazi istraživanja koji potvrđuju bolju kvalitetu života shizofrenih pacijenata liječenih antipsihoticima druge generacije (48 – 60). Recentno istraživanje Gründera i sur. (2016.) rađena u 14 bolnica na shizofrenim pacijentima potvrđuje veću kvalitetu života kod pacijenata koji su liječeni antipsihoticima druge generacije (aripriprazola, olanzapina i kvetiapina) u odnosu na one liječene antipsihoticima prve generacije (haloperidol, flupentixol) (49).

Druga pak skupina istraživanja zaključuje kako je kvaliteta života procijenjena nižom kod pacijenata liječenih ADG-om (posebice ziprasidonom i klozapinom) pa su kod tih pacijenata utvrđene brojne nuspojave te neurološki i drugi štetni učinci (62). Olanzapin je u spomenutoj studiji povezan s manjim brojem nuspojava. Činjenica je da su mnogi pacijenti u ovome istraživanju bili nezaposleni te nisu imali primanja ili su imali vrlo mala primanja pa se zato čini da su učinci antipsihotika bili zamaskirani otežavajućom socijalnom i ekonomskom situacijom pacijenata.

Određeni broj istraživanja ne pronalazi razlike u procijenjenoj kvaliteti života kod pacijenata liječenim antipsihoticima prve i druge generacije (63 – 66).

Moguće se objašnjenje ovolike nedosljednosti dosadašnjih istraživanja potencijalno može pronaći u različito definiranom pojmu kvalitete života te korištenju različitih mjernih instrumenata. U jednom su dijelu istraživanja korišteni objektivni pokazatelji kvalitete života (procjenjivalo ih je zdravstveno osoblje), dok su u većem dijelu korišteni subjektivni pokazatelji (samoprocjene pacijenata) (60). Moguće je da postoji neusklađenost samoprocjene kvalitete života pacijenata i procjene kliničara. Ova nedosljednost može biti rezultat činjenice da su kliničari usmjereni na čimbenike dostupne opservaciji (količina nuspojava), dok su pacijenti češće usmjereni na subjektivne neželjene nuspojave (akatizija, disforija, emocionalna zaravnjenost). Utvrđeno je kako je pacijentov subjektivni doživljaj značajniji prediktor kvalitete života nego broj i izraženost neželjenih nuspojava.

1.3.3. Kognitivni status (inteligencija, pamćenje, pažnja) i kvaliteta života

Među najzanimljivijim kliničkim varijablama koje su povezivane s kvalitetom života shizofrenih osoba nalaze se njihove kognitivne funkcije. Mnogobrojna istraživanja potvrđuju kako čak do 75 % shizofrenih pacijenata manifestira određene kognitivne deficite (67), stoga ne čudi i njihova važna uloga u procjeni kvalitete života. Brojne studije potvrđuju da su određeni kognitivni deficiti, poput oštećenja radnog pamćenja, verbalnog pamćenja, pažnje i inteligencije u vezi s niskim samoprocjenama kvalitete života, iako ove rezultate ne potvrđuju sva istraživanja.

Mnogobrojni se istraživači slažu u tome kako su lošiji rezultati kognitivnog funkcioniranja (osobito verbalno pamćenje, radno pamćenje, pažnja i brzina procesiranja informacija) povezani s lošijom procjenom kvalitete života (68 – 71). Cruz (2016.) naglašava kako su kognitivni deficiti, uz negativne simptome shizofrenije, najbolji prediktori kvalitete života (69). Tas i sur. (2013.) također potvrđuju pozitivnu povezanost inteligencije i pamćenja s različitim aspektima kvalitete života shizofrenih pacijenata (70).

U tom je kontekstu rađeno jedno vrlo zanimljivo longitudinalno istraživanje u kojem je istraživano može li se na temelju rezultata neuropsihologijskog testiranja predvidjeti kvaliteta života osoba s kroničnim afektivnim i psihotičnim poremećajima 15 godina kasnije. Istraživanje potvrđuje da je to moguće, pri čemu je pamćenje bilo najbolji prediktor općeg zdravlja, zadovoljstva dnevnim aktivnostima i prihodima. Autori istraživanja navode da je nalaz o povezanosti pamćenja s većinom aspekata kvalitete života u skladu s brojnim drugim istraživanjima koja su potvrdila kako je pamćenje snažno povezano s funkcioniranjem oboljelih u zajednici, rješavanjem socijalnih problema te usvajanjem psihosocijalnih vještina.

Za razliku od ovih istraživanja, objavljena su i druga koja utvrđuju drugačiji smjer povezanosti ovih varijabli, odnosno utvrđuju negativnu povezanost verbalne inteligencije, pažnje i radnog pamćenja sa subjektivnom procjenom kvalitete života shizofrenih pacijenata (72).

1.3.4. Emocionalna kompetentnost (emocionalna inteligencija) i kvaliteta života

Posljednjih desetljeća konstrukt emocionalne inteligencije privlači pozornost brojnih istraživača zbog mogućnosti objašnjenja različitih životnih ishoda, uključujući i ulogu u zdravlju i bolesti (74).

Prema podatcima iz literature uglavnom se smatra da je emocionalna inteligencija (EI) izrasla iz koncepta socijalne inteligencije, koji prvi spominje Thordike (75). On je razlikovao tri široka područja inteligencije – apstraktna/školska, mehanička/vizualno-spacijalna i socijalna (koja je definirana kao „mudrost u socijalnom kontekstu“). U okvirima socijalne inteligencije, Hoefner ističe raskorak između onoga što mjere testovi socijalne inteligencije i zahtjeva svakodnevnog života (77). Također, Gardnerova je konceptualizacija višestrukih inteligencija imala važnu ulogu u nastajanju konstrukta, osobito kada govorimo o podjeli socijalne inteligencije na interpersonalnu i intrapersonalnu. Dok interpersonalna inteligencija jedva razlikuje osjećaj ugode od boli, intrapersonalna uključuje opći smisao za procjenu sebe i drugih, kao i sposobnost uočavanja i praćenja svojih i tuđih raspoloženja, namjera i želja te formiranje znanja o njima koja će poslužiti kao temelj za predviđanje budućih ponašanja (75).

Danas je najprihvaćenija revidirana definicija emocionalne inteligencije Mayera i Saloveya po kojoj emocionalna inteligencija uključuje sposobnosti brzog zapažanja, procjene i izražavanja emocija; sposobnost uviđanja i generiranja osjećaja koji olakšavaju mišljenje; sposobnosti razumijevanja emocija i znanje o emocijama; sposobnost reguliranja emocija u svrhu promocije emocionalnog i intelektualnog razvoja (75). Četiri su navedene sposobnosti poredane prema složenosti uključenih psiholoških procesa od jednostavnijih (zapažanje i izražavanje emocija) do složenijih (svjesnost, refleksivnost i regulacija emocija).

Takšić (2006.) uvodi novu sintagmu „emocionalne kompetencije“, s obzirom na veliki broj prigovora da se inteligencija može jedino mjeriti testovima sposobnosti, kao i preporuku McClellanda iz sedamdesetih godina prošloga stoljeća da bi trebalo testirati kompetentnosti osobe, a ne samo razinu njezine inteligencije (77).

Mnogobrojni autori koji se bave ovim područjem slažu se da su više razine emocionalne inteligencije značajno povezane s učinkovitijim strategijama suočavanja sa stresom, boljim socijalnim vještinama, boljom regulacijom emocija, bržim oporavkom od

negativnih emocionalnih stanja, nižom razinom negativnih i višom razinom pozitivnih emocija, prihvatljivijim zdravstvenim ponašanjima, kao i boljom procjenom vlastitog zdravlja. Uočeno je da se osobe s višom razinom emocionalne inteligencije uspješnije suočavaju sa stresom jer primjerenije manifestiraju svoja emocionalna stanja i primjerenije kontroliraju raspoloženja. Takve su osobe sklonije aktivnim pristupima te su otvorenije u traženju i profesionalne i neprofesionalne pomoći u rješavanju problema (78, 79).

U skladu su s ovim istraživačkim rezultatima i nalazi istraživanja među populacijom shizofrenih pacijenata (80, 81) iako autori naglašavaju još uvijek veliki dio neobjašnjene varijance, što upućuje na potrebu daljnjih i detaljnijih istraživanja različitih psihosocijalnih varijabli, kao prediktora terapijskog ishoda kod shizofrenih pacijenata (kvalitete života) (82).

1.3.5. Samoefikasnost i kvaliteta života

Vjerovanja o samoefikasnosti određuju kako se ljudi osjećaju, motiviraju, misle te ponašaju. Bandura smatra da je percepcija vlastite efikasnosti ključan čimbenik u sustavu ljudskih sposobnosti (152). Utvrđuje se da različite osobe sa sličnim vještinama ili čak ista osoba u različitim životnim okolnostima, može obaviti neku radnju loše, adekvatno ili izvrsno, ovisno o promjenama u percepciji vlastite efikasnosti. Učinkovito funkcioniranje zahtijeva vještine, ali i vjerovanja da te vještine možemo učinkovito koristiti. Ova teorija predviđa da visoka percepcija samoefikasnosti određuje uključivanje osobe u izvođenje zadataka koji unapređuju razvoj njezinih vještina i sposobnosti. Nasuprot tome, niska percepcija samoefikasnosti sprječava uključivanje u nove zadatke koji pomažu razvoju novih vještina. Pretjerano podcjenjivanje samoefikasnosti ograničava potencijale za učenje i razvoj te posljedično tome, dovodi do jačanja anksioznosti i sumnje u sebe koji pak povećavaju vjerojatnost neuspjeha (153).

Istraživanja samoefikasnosti kod oboljelih od shizofrenije također naglašavaju važnost pozitivne percepcije samoefikasnosti. Naime, slično kao i kod zdrave populacije, oboljele osobe moraju vjerovati da njihova djelovanja mogu dovesti do pozitivnog ishoda ili u suprotnome, mogu imati vrlo malo motivacije za poduzimanje bilo kakvih akcija ili uključivanja u zahtjevni proces liječenja (154). Kurtz i sur. u svom su istraživanju na 69

oboljelih od shizofrenije utvrdili značajnu povezanost između pozitivne percepcije samoefikasnosti i funkcionalnih vještina u svakodnevnom životu (155). Neki istraživači vjeruju kako je samoefikasnost medijator odnosa između funkcionalnih kapaciteta oboljelih i svakodnevnog funkcioniranja (156). Naime, rezultati pokazuju da kod oboljelih s niskom procjenom samoefikasnosti nema povezanosti između funkcionalnih kapaciteta i svakodnevnog funkcioniranja, no kod onih s visokom procjenom samoefikasnosti, njihova je povezanost bila visoka. Ovi rezultati upućuju da motivacijski procesi (tj. razina samoefikanosti) mogu pomoći u razumijevanju zašto neki oboljeli imaju dobre funkcionalne sposobnosti, ali ne funkcioniraju u stvarnom svijetu. Nadalje, zaključuju da, iako je poboljšanje kapaciteta nužno za poboljšanje funkcioniranja ove populacije, vjerojatno nije samo po sebi dovoljno, ako nema motivacije (156).

Što se tiče odnosa samoefikasnosti i kvalitete života oboljelih od shizofrenije, relativno se dosljedno pokazuje kako osobe visoke samoefikasnosti procjenjuju svoju kvalitetu života višom. U zanimljivome istraživanju Vauth i sur. ispitali su odnos samoefikasnosti, osnaživanja, depresije, samostigmatizacije i kvalitete života. Autori zaključuju kako negativna percepcija samoefikasnosti i osnaženosti kod oboljelih utječe na povećanu razinu depresije, manju procjenu kvalitete života te jače samostigmatizirajuće ponašanje (157). Chino i sur. također potvrđuju pozitivnu povezanost samoefikasnosti i procjene kvalitete života oboljelih od shizofrenije (158).

1.3.6. Suočavanje sa stresom i kvaliteta života

Stres, pojam čija je važnost poznata daleko prije nego što je postao predmetom znanstvenih istraživanja, u medicini se proučava od 19. stoljeća kao mogući uzrok bolesti. Prvotno je u središtu zanimanja bio samo fiziološki tip stresa, a od sredine prošlog stoljeća u središtu je psihički stres. Stres je definiran kao tjelesna i psihološka reakcija na vanjske i unutarnje stresore, pri čemu je stresna situacija svaka situacija koja zahtijeva mobiliziranje dodatnih fizičkih i psihičkih potencijala u prilagodbi pojedinca (30).

Psihosocijalni su čimbenici odavno prepoznati kao važni čimbenici u objašnjenju etiologije shizofrenije. Prema modelu ranjivosti na stres, iskustvo stresa ključan je čimbenik

u nastajanju i/ili održavanje shizofrenije. Iako ne postoje uvjerljivi dokazi koji ukazuju na to da pacijenti sa shizofrenijom doživljavaju više iskustava stresnih događaja od opće populacije, postoji obilje dokaza da je stres povezan s tijekom nastanka bolesti.

Tradicionalno, dvije linije istraživanja ispituju mehanizme stresa: jedan s naglaskom na biološki odgovor na stres proučavanjem osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubrežne žlijezde (HPA), a drugi s naglaskom na psihološkim mehanizmima opisanim u Transakcijskom modelu stresa (85). Najpoznatiji transakcijski model stresa i suočavanja sa stresom jest onaj Lazarusa i suradnika, koji je ujedno i najprisutniji model u suvremenim istraživanjima. Model promatra stres kao proces, a ne izdvojeni događaj, odnosno situaciju. Prema Lazarusu do stresa dolazi kad neki događaj procijenimo opasnim ili uznemiravajućim, odnosno stres je rezultat svjesne procjene pojedinca o tome da je njegov odnos s okolinom poremećen. Bez takve procjene nema stresa, bez obzira na to kakva je objektivna opasnost iz okoline (83, 84). Prema tome, Lazarus i suradnici naglašavaju važnost subjektivnog doživljaja i stavljaju ga ispred objektivnih karakteristika situacije jer reakcija organizma ovisi o tome kako je on doživio situaciju, a ne o tome kakva je ona objektivno.

Budući da su subjektivni čimbenici važni u percepciji događaja kao stresnog, tako i promjene koje stres izaziva u osobi u značajnoj mjeri ovise o subjektivnoj procjeni vlastitih kapaciteta za suočavanje, a percipirani stres i procjena mogućnosti suočavanja odražavaju se i na kvalitetu života.

Prijašnja istraživanja pokazuju da osobe sa shizofrenijom imaju tendenciju korištenja neprimjerenih strategija suočavanja u situacijama stresa. U odnosu na nekliničke skupine, shizofreni pacijenti koriste neprimjerenije strategije suočavanja, posebice u pogledu volje za primjenom adaptivnih strategija. Uspoređujući shizofrene pacijente s drugim dijagnostičkim skupinama, utvrđeno je kako je depresivnost u većoj mjeri povezana s neprimjerenim strategijama nego pozitivni simptomi shizofrenije. Ipak, kontrolirajući varijablu depresivnosti, istraživači pronalaze značajnu povezanost pozitivnih paranoidnih simptoma sa strategijama izbjegavanja i potiskivanja (93).

Određena skupina istraživača navodi kako shizofreni pacijenti u najvećoj mjeri koriste strategiju izbjegavanja, iako se dio istraživača usmjeravao na suočavanja sa simptomima shizofrenije, a ne na svakodnevne stresove (86). No, testirajući njihove strategije suočavanja sa svakodnevnim stresovima, dio istraživača potvrđuje kako je izbjegavanje

najčešće korištena strategija shizofrenih pacijenata (87, 88, 93 – 96), dok dio navodi strategije suočavanja usmjerene na emocije (89). Uspoređujući shizofrene pacijente s drugim psihijatrijskim pacijentima, Horan i suradnici (2007.) pronalaze kako shizofreni pacijenti u najmanjoj mjeri koriste strategije suočavanja usmjerene na zadatak, i u usporedbi s kontrolnom skupinom i skupinom pacijenata koji boluju od BAP-a (90). Ponizovsky i sur. (2013.) utvrđuju kako i shizofreni i depresivni pacijenti najčešće koriste strategije usmjerene na emocije, no otkrivaju kako ipak koriste različite neučinkovite strategije, pri čemu shizofreni pacijenti u većoj mjeri koriste socijalnu diverziju (91). Najnovija istraživanja idu korak dalje pa pokušavaju utvrditi postoje li razlike u strategijama suočavanja kod shizofrenih pacijenata, ovisno o fazi bolesti u kojoj se nalaze. Ham i sur. (2016.) dolaze do zaključka kako postoji razlika u razini doživljenog stresa, strategijama suočavanja, suicidalnom riziku i suicidalnim idejama u različitim fazama bolesti (na početku, u sredini i na kraju). Utvrdili su kako pacijenti na sredini (polovini) svoga liječenja doživljavaju najveću razinu stresa, ali ujedno u toj fazi i najčešće pribjegavaju aktivnim strategijama, odnosno strategijama usmjerenim na zadatak (92).

Odnos strategija suočavanja sa stresom i kvalitete života shizofrenih pacijenata također je predmetom brojnih studija. Skupina autora naglašava kako shizofreni bolesnici imaju poteškoća u suočavanju s brojnim stresovima, što značajno utječe na njihovu kvalitetu života. Istraživanja potvrđuju izbjegavanje i socijalnu diverziju kao najčešće korištene neadekvatne strategije suočavanja te ih dovode u korelaciju s lošijim procjenama kvalitete života. Autori zaključuju kako su socijalni čimbenici važnije odrednice kvalitete života od samih simptoma te naglašavaju kako bi ciljani treninzi socijalnih vještina mogli uvelike pomoći oboljelima u razvijanju primjerenijih strategija suočavanja sa stresom te povećanja kvalitete vlastita života (97 – 99).

1.3.7. Percipirani izvor kontrole zdravlja i kvaliteta života

Izvor kontrole odnosi se na tendenciju osobe da događaje u svom životu percipira kao posljedice vlastitih postupaka ili kao posljedice vanjskih čimbenika, izvan njezine kontrole, odnosno govori o stupnju u kojemu vjeruje da ima kontrolu nad vlastitim životom. Ljudi koji vjeruju da mogu kontrolirati ishode događaja u svom životu, da su one rezultat

njihovog ponašanja ili trajnih osobina, koriste unutarnji ili internalni izvor kontrole, dok oni koji događaje u svojem životu percipiraju kao rezultat sreće, sudbine ili zasluga drugih ljudi, koriste vanjski ili eksternalni izvor kontrole. Eksternalno orijentirane osobe izvješćuju o većoj količini stresa od osoba s internalnim izvorom kontrole koje događaje vide kao one koje mogu sami kontrolirati (100 – 102).

Koncept izvora kontrole nastao je u kontekstu Rotterove teorije socijalnog učenja. U zdravstvenoj je psihologiji i medicini svoje mjesto pronašao u sklopu proučavanja zdravstvenih ponašanja bolesnika i suradljivosti u terapijskim procesima. Istraživanja u ovome području pokazala su da se bolesnici, u velikom broju slučajeva, ne pridržavaju liječničkih uputa, a da većina zdravih ljudi ne poduzima nikakve preventivne akcije koje bi doprinijele održavanju zdravlja (30). Rotter je smatrao da osobe socijalnim učenjem razvijaju očekivanja od posljedica vlastitog ponašanja i formiraju percepciju uzroka događaja. Također je tvrdio je da je jednom usvojen izvor kontrole događaja stabilan, vremenski i situacijski nepromjenjiv. Kasnija su istraživanja ipak pokazala njegovu promjenjivost. Što se tiče adaptivne vrijednosti, nema jednoznačnog nalaza o tome koja je orijentacija izvora kontrole bolja jer se procjenjuje kako vrijednost orijentacije ovisi o značajkama pojedine situacije. U situacijama u kojima pojedinac svojim ponašanjem može utjecati na ishode događaja, unutarnji se izvor kontrole pokazao učinkovitijim. Upravo je to slučaj sa zdravstvenim ponašanjima. Hussey i Gilliland u svom istraživanju utvrđuju da osobe s unutarnjim izvorom kontrole pokazuju veću razinu brige za zdravlje i u većoj se mjeri drže preporuka vezanih uz zdravstvena ponašanja, dok se vanjski izvor kontrole češće nalazi kod osoba koje pokazuju nižu razinu brige za zdravlje te kod ovisnika (103). Osobe s unutarnjom orijentacijom izvora kontrole imaju više povjerenja u svoje sposobnosti i mogućnosti rješavanja problema nego osobe s vanjskom orijentacijom izvora kontrole, kod kojih se ujedno pronalazi i niže samopoštovanje te više razine depresivnosti i anksioznosti (104).

Čini se da je koncept izvora kontrole u izravnoj vezi sa strategijama suočavanja sa stresom. Naime, istraživanja su pokazala da osobe s unutarnjim izvorom kontrole u suočavanju sa stresom uglavnom koriste strategije usmjerene na problem, dok osobe s vanjskim izvorom kontrole u većoj mjeri koriste strategije usmjerene na emocije i izbjegavanje (102).

Općenito, vanjski se izvor kontrole vezuje uz lošiju psihološku dobrobit. Istraživanja

pokazuju kako je kod shizofrenih pacijenata, u usporedbi s nepsihijatrijskom populacijom, u većoj mjeri pronađen vanjski izvor kontrole. Ranija istraživanja o shizofreniji također ukazuju da je odnos između težih psihotičnih simptoma i smanjenja psihološke dobrobiti veći kod pojedinaca s vanjskim izvorom kontrole (105, 106). Ova povezanost do sada nije testirana na općoj populaciji. Međutim, Weintraub i suradnici u svome istraživanju (2015.) potvrđuju kako je vanjski izvor kontrole negativno povezan s procjenom psihološke dobiti, no ne potvrđuju njegovu povezanost s težinom psihotičnih simptoma (107). U zanimljivom longitudinalnom istraživanju Harrow i suradnici uspoređivali su rezultate 128 shizofrenih i depresivnih pacijenata tijekom petnaest godina. U tom su ih razdoblju pet puta procjenjivali te su utvrdili kako shizofreni pacijenti, osim u aktivnoj fazi bolesti, nisu imali u većoj mjeri vanjski izvor kontrole u odnosu na depresivne. Utvrđuju kako je vanjski izvor kontrole u značajnoj mjeri povezan s depresijom, manjim brojem remisija, produktivnim psihotičnim simptomima te različitim aspektima ličnosti (108).

1.4. BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL ZDRAVLJA I BOLESTI

Priroda shizofrenije, složenost promjena na svim razinama funkcioniranja te njezinog utjecaja na oboljelu osobu i širu zajednicu, nameće multidisciplinarnost u pristupu. Teorijska je osnova biopsihosocijalni model zdravlja i bolesti Georga Engela (109, 110).

Intenzivni je napredak u biomedicini prošlog stoljeća dramatično promijenio modele bolesti u industrijaliziranim zemljama te je postojeći biomedicinski model postao nedostatan za kronične bolesti novog vremena. Infektivne su bolesti, kao vodeće uzročnike trajnih oštećenja i smrtnosti, zamijenile bolesti vezane uz nezdrave načine života i kronični stres.

Granice bolesti i zdravlja nikada nisu bile jednostavno određene jer su biološke odrednice bolesti pod utjecajem kulturalnih, socijalnih i psiholoških uvjeta. Temelj je Engelova modela shvaćanje da bolest i zdravlje treba promatrati u kontekstu sustava koji uključuje međuzavisne biološke, psihološke i socijalne odrednice. Iskustvo bolesti određene osobe, kao i ishodi bolesti, neće ovisiti samo o biološkim čimbenicima, već i o psihološkim, ponašajnim (npr. doživljena kvaliteta života, pridržavanje liječničkih preporuka) i socijalnim čimbenicima (npr. dostupnost medicinske skrbi, obrazovanje osobe). Dakle, isprepleteni s

biološkim, psihosocijalni čimbenici utječu na tijek i ishod liječenja. U središtu interesa biopsihosocijalnog modela nije sama bolest, već oboljela osoba u cjelini. U skladu s tim raste uvažavanje samoprocjene kvalitete života vezane uz zdravlje kao mjere ishoda liječenja (110, 111).

Istraživanja pokazuju da intenzivna i kontinuirana edukacija oboljelih i članova njihovih obitelji koju provode zdravstveni stručnjaci, može značajno utjecati na procjenu kvalitete života, kao i na smanjenje napora i troškova u liječenju. Osnovna je sastavnica liječenja shizofrenih pacijenata psihoedukacija oboljelih i članova njihovih obitelji. Autori navode kako je psihoedukacija izrazito važna za bolesnike s dijagnozom prve psihotične epizode jer oni najbolje odgovaraju na započeti tretman, a održavanje je remisije važno i za terapijske učinke i ishode liječenja (112). Psihoedukacija je također važna zbog sprečavanja ponovnih hospitalizacija te radi minimalizacije stigme, socijalnih i bioloških komplikacija bolesti i radi smanjenja osjećaja krivnje (25). Njezina se važnost očituje i u pravodobnom pokretanju bolje, brže i cjelovite rehabilitacije te radi razvijanja povjerenja i uzajamnosti u liječenju. Liječenje je proces u kojem je partnerski odnos liječnika i bolesnika ključan čimbenik (113, 114).

1.5. PRIKAZ PROBLEMA

Rezultati istraživanja, kao i zapažanja kliničara, upućuju da su psihosocijalni čimbenici ključni aspekti shizofrenije i u smislu psihopatološke ranjivosti i u smislu njihovih rezultata na funkcionalnome planu. Dakle, ishodi liječenja te smanjenje broja relapsa umnogome ovise upravo o brojnim psihosocijalnim čimbenicima, a s druge se strane njihova važnost odražava na kvalitetu života vezanu uz zdravlje.

Nalazi dosadašnjih istraživanja odnosa psihosocijalnih, kognitivnih i demografskih čimbenika kod shizofrenih pacijenata uvelike su nekonzistentni, opterećeni brojnim metodološkim nedostatcima te se u većini znanstvenih radova teško utvrđuje uzročno-- posljedična veza između spomenutih čimbenika kod shizofrenih bolesnika.

Kvaliteta života, uvažena kao značajna mjera ishoda liječenja, najčešće je u shizofreniji ispitivana upravo u sklopu istraživanja učinkovitosti različitih primijenjenih

terapijskih pristupa (farmakoloških, psihosocijalnih). Rijetka su istraživanja koja povezuju niz psihosocijalnih čimbenika, kognitivne sposobnosti, percipirani izvor kontrole zdravlja, strategije suočavanja sa stresom i kvalitetu života kod shizofrenih pacijenata.

Upravo je u kontekstu biopsihosocijalnog modela zdravlja i bolesti ovaj odnos vrijedan pozornosti. Klinička praksa svakodnevno bilježi različitost doživljaja bolesti istih kliničkih obilježja kod različitih pojedinaca, sugerirajući važnost upravo psihosocijalnih čimbenika. Izdvajanjem onih od većeg značaja, otvaraju se mogućnosti za planiranje i formiranje učinkovitih psihosocijalnih intervencija koje bi bile od pomoći u tijeku liječenja.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj je istraživanja ispitati u kojoj su mjeri psihosocijalne varijable (vrsta antipsihotika, demografske varijable, dužina bolesti, broj hospitalizacija, kognitivne sposobnosti, emocionalna kompetencija, samoefikasnost, percipirani izvor kontrole zdravlja, strategije suočavanja sa stresnim situacijama) povezane s terapijskim učinkom (remisija) i terapijskim ishodom (mjera procjene kvalitete života).

2.1. Problemi:

1. Ispitati postoje li razlike između skupina oboljelih od shizofrenije u remisiji i onih koji nisu u remisiji u:
    a) kognitivnom statusu (inteligencija, pažnja i pamćenje)
    b) dimenzijama ličnosti (emocionalna kompetencija i samoefikasnosti)
    c) načinima suočavanja sa stresom
    d) percipiranom izvoru kontrole zdravlja
    e) demografskim obilježjima (spolu, dobi, naobrazbi, radnom statusu, bračnom statusu, ekonomskom statusu)
    f) trajanju bolesti, dužini liječenja, vrsti antipsihotika i broju hospitalizacija te
    g) kvaliteti života.

2. Ispitati postoji li povezanost kvalitete života kod oboljelih od shizofrenije u remisiji te sudionika oboljelih od shizofrenije koji nisu u remisiji i:
    a) kognitivnog statusa
    b) dimenzija ličnosti
    c) načina suočavanja sa stresom
    d) percipiranih izvora kontrole zdravlja
    e) demografskih obilježja (spola, dobi, naobrazbe, radnog statusa, bračnog statusa, ekonomskog statusa) te
    f) trajanja bolesti, dužine liječenja, vrste antipsihotika i broja hospitalizacija.

3. Utvrditi čimbenike razlika između skupina (mogućnost predviđanja pripadnosti skupini sudionika u remisiji ili bez takvog poboljšanja na temelju ranije navedenih varijabli).

3. HIPOTEZE

Rezultati do sada provedenih istraživanja ne omogućuju nam postavljanje jednoznačnih hipoteza za sve probleme. Ipak, ispitivanjem bi se provjerile sljedeće hipoteze:

H1: Očekuje se da će sudionici u skupini oboljelih od shizofrenije u remisiji, u odnosu na sudionike oboljele od shizofrenije bez remisije, pokazati:

a) bolje rezultate kognitivnog statusa (viša razina inteligencije, bolja koncentracija, veći raspon kratkoročnog pamćenja)
b) bolje rezultate percepcije i razumijevanja emocija, izražavanja i imenovanja emocija te upravljanja emocijama, kao i veći rezultat opće samoefikasnosti
c) te da će se u većoj mjeri koristiti strategijom suočavanja sa stresom usmjerenom na zadatak, dok će se strategijama suočavanja usmjerenih na emocije te izbjegavanjem koristiti u manjoj mjeri
d) veću mjeru unutarnjeg izvora kontrole zdravlja u odnosu na vanjski izvor kontrole zdravlja (utjecaj okoline, slučaja i sudbine te važnih drugih osoba),
e) viši stupanj naobrazbe, mlađu prosječnu dob, veću učestalost sklopljenih brakova, zaposlenost te ekonomsku neovisnost (očekuje se da nema razlike u spolu)
f) kraće trajanje bolesti, kao i dužinu liječenja i manji broj ukupnih hospitalizacija, manju izraženost simptoma te da će biti u terapiji antipsihoticima druge generacije
g) veći stupanj općeg zadovoljstva životom, kao i zadovoljstva različitim aspektima života.

H2: U pogledu kvalitete života, kod sudionika oboljelih od shizofrenije u remisiji očekuje se značajna pozitivna, a kod sudionika oboljelih od shizofrenije bez remisije značajna negativna povezanost sa sljedećim varijablama:

a) intelektualnim statusom, boljom koncentracijom te većim rasponom kratkoročnog pamćenja

b) većim sposobnostima percepcije i razumijevanja emocija, izražavanja i imenovanja emocija te upravljanja emocijama, kao i većim rezultatom opće samoefikasnosti

c) strategijama suočavanja sa stresom usmjerenima na zadatak

d) unutarnjim izvorom kontrole zdravlja

e) mlađom dobi, višim stupnja naobrazbe, većom učestalošću sklopljenih brakova, zaposlenjem te ekonomskom neovisnošću (očekuje se da nema razlike u spolu)

f) kraćim trajanjem bolesti, kraćom hospitalizacijom, manjim brojem ukupnih hospitalizacija, manjom izraženošću simptoma te terapijom antipsihoticima druge generacije.

H3: U pogledu čimbenika koji značajno doprinose razlikovanju sudionika iz skupine oboljelih od shizofrenije u remisiji i onih oboljelih od shizofrenije bez remisije, očekuje se da svi ranije navedeni čimbenici daju određeni doprinos, pri čemu se najveći utjecaj očekuje od načina suočavanja sa stresom, emocionalne kompetencije te demografskih varijabli (dob, naobrazba, bračni i radni status, ekonomska neovisnost).

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ispitanici

Provedeno je korelacijsko istraživanje.

Ispitivanje je odobrilo Etičko povjerenstvo KBC-a Osijek i Etičko povjerenstvo MEFOS-a, a prije ispitivanja svakom je sudioniku usmeno i pisano objašnjena svrha i cilj istraživanja te način njegove provedbe. Svi su ispitanici potpisali informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Sudionici nisu bili podvrgnuti novim ili nedovoljno istraženim dijagnostičkim metodama, osim onima koje se rutinski koriste u radu psihologa i psihijatara u radu Klinike za psihijatriju, a istraživanje nije utjecalo na donošenje kliničkih odluka različitih od onih u dosadašnjem radu Klinike.

U istraživanju su sudjelovala 102 hospitalno liječena pacijenta na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od lipnja 2017. do lipnja 2018. s dijagnozom shizofrenije (prema kriterijima MKB 10 i DSM-V).

Skupina je shizofrenih pacijenata heterogena prema vrsti antipsihotika kojima se shizofrenija liječi (tipični, atipični), prema trajanju bolesti (početak bolesti – liječenje do godine dana, liječenje između jedne i pet godina, liječenje između pet i deset godina te duže od deset) i broju hospitalizacija (prva hospitalizacija, druga do peta, više od pet) te prema dobi, spolu, obrazovanju, bračnom, profesionalnom i ekonomskom statusu.

Kriteriji za isključenje bili su anamnestički podatci ili podatci iz medicinske dokumentacije o neurološkim deficitima i težim somatskim stanjima pacijenata, zlouporaba alkohola ili psihoaktivnih tvari te kvocijent inteligencije niži od 70.

Sudionici su potom podijeljeni u dvije skupine. Prvu skupinu čine oni sudionici koji su nakon otpusta u remisiji (kriterij težine – Andreasen) u kojemu je razina izraženosti simptoma nakon otpusta bodovana između 1 (odsutno) i 3 (slabo) na PANSS-u, dok drugu skupinu sudionika čine oboljeli koji nisu postigli željenu remisiju. s

Od ukupno 109 sudionika, sedmero nije uvršteno u ukupni uzorak: troje je tijekom testiranja povuklo pisani pristanak te su svojom voljom odustali od sudjelovanja, a kod četvero sudionika, zbog objektivnih razloga (brzi otpust, premještaj na drugi odjel..), nije dovršeno ispitivanje.

4.2. Postupak

Svi su oboljeli s dijagnozom shizofrenije, koji su u razdoblju od jedne godine bili na hospitalnom liječenju na Klinici za psihijatriju u Osijeku, a nisu isključeni iz istraživanja prema kriterijima isključenja, bili pregledani i ispitani kako bi se pribavili svi važni podatci o njihovom zdravstvenom stanju te o svim značajnim biološkim, psihološkim i socijalnim čimbenicima za koje se pretpostavlja da imaju utjecaj na terapijski ishod.

U tu je svrhu kod svakog sudionika obavljena klinička procjena simptoma (procjenu je obavio liječnik psihijatar) i individualno psihologijsko testiranje koje je obavio klinički psiholog.

Klinička procjena simptoma provodila se psihijatrijskom ocjenskom ljestvicom (PANSS) u dva navrata – pri dolasku i pri otpustu. Psihologijskim su se testiranjem procjenjivale kognitivne sposobnosti (inteligencija, verbalno pamćenje, pažnja i koncentracija), dimenzije ličnosti (emocionalna kompetentnost, samoefikasnost), stupanj zadovoljstva kvalitetom života te percipirani izvor kontrole zdravlja. Psihologijska se procjena obavljala prilikom otpusta oboljelog s hospitalizacije.

Temeljem kliničkih psihijatrijskih procjena (zadovoljenje kriterija težine u remisiji – osam specifičnih čestica ocijenjeno je između 1 (odsutno) i 3 (slabo): deluzije, konceptualna dezorganizacija, halucinacije, zaravnjeni afekt, pasivnost/apatija i socijalno povlačenje, pomanjkanje spontanosti i tijeka konverzacije, neobične misli te manirizmi), formirale su se dvije skupine sudionika – onih u remisiji i onih koji ne zadovoljavaju kriterij remisije.

Strukturirani psihijatrijski klinički intervju te kliničku procjenu simptoma radili su liječnici psihijatri s Klinike za psihijatriju (više njih s edukacijom za primjenu i s iskustvom primjene PANSS ocjenske ljestvice), dok je psihologijske testove primjenjivala jedna ispitivačica u psihologijskoj ambulanti Klinike za psihijatriju. Testiranje je provedeno individualno za svakog sudionika. Sve primijenjene tehnike testovi su tipa *papir-olovka,* a bodovanje je u potpunosti objektivno.

4.3. Metode

Za svakog je sudionika popunjen list s osobnim podatcima (dob, spol, razina obrazovanja, radni i bračni status, uvjeti življenja, mjesečni prihodi), podatcima o liječenju shizofrenije (dužina liječenja, broj hospitalizacija) te aktualnoj terapiji.

4.3.1. Strukturirani psihijatrijski klinički intervju prema DSM-V I MKB 10

Strukturirani se intervju sastoji od niza točno određenih, ciljanih, sustavnih i standardiziranih pitanja koja obuhvaćaju različite aspekte bolesnikova postojanja. Klinički se intervju, osim upoznavanja i identifikacije bolesnika, sastoji od sljedećih cjelina: razlog i način dolaska, anamneza (anamneza sadašnje bolesti, obiteljska anamneza, životna anamneza, anamneza dosadašnjih bolesti, socioekonomska anamneza, forenzična anamneza i katamneza) (115).

4.3.2. Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS (Kay, S.R. i sur. 1987.)

PANSS je najčešće upotrebljavana medicinska skala koja se koristi za mjerenje težine simptoma oboljelih od shizofrenije. PANSS mjernu skalu osmislio je Kay 1987. godine, a mjeri tri skupine simptoma (pozitivni simptomi – odstupanja od normalnih/očekivanih funkcija, npr. halucinacije ili deluzije, negativni simptomi – opadanje ili gubitak normalnih funkcija i opća psihopatologija). Sastoji se od ukupno 30 čestica gradiranih od 1 do 7 (1 – odsutno, 2 – najmanje prisutno, 3 – slabo prisutno, 4 – umjereno prisutno, 5 – umjereno jako prisutno, 6 – jako prisutno, 7 – ekstremno prisutno). Mjernu skalu PANSS obilježava visoka pouzdanost, valjanost i objektivnost (116).

Simptomatski kriteriji remisije predloženi su prema Andreasen i suradnicima (2005.). Konsenzusom je predloženo osam čestica PANSS-a za kriterije simptomatske remisije: P1-sumanute ideje, P2-konceptualna dezorganizacija, P3-halucinacije, N1-afektivna tupost, N4-pasivnost/apatično socijalno povlačenje, N6-nedostatak spontanosti i nesmetanog odvijanja konverzacije, G5-manirizmi i neobičan stav tijela, G9-neobičan sadržaj misli. Kriteriji su simptomatske remisije zadovoljeni ako su navedene čestice ocijenjene ocjenom tri ili manje (117).

4.3.3. Kognitivni neverbalni test inteligencije, KNT

KNT je neverbalni test logičkog zaključivanja, g-faktorski test inteligencije. Namijenjen je procjeni intelektualnih sposobnosti kod sudionika starijih od 11 godina (118). Visoko je povezan s rezultatima nekih drugih poznatih testova inteligencije (Revidirana serija Beta, Purdue).

Sastoji od 40 zadataka s po četiri crteža geometrijskih oblika. Zadatak je sudionika da u svakom nizu od četiri crteža označi onaj koji se bitno razlikuje od ostalih. Svaki točan odgovor nosi po jedan bod, a bruto rezultati dobiveni zbrajanjem točnih odgovora, u odgovarajućim se dobnim skupinama sudionika pretvaraju u centile. Vrijeme za rješavanje testa ograničeno je na 15 minuta.

4.3.4. A. Rey: Test auditivno-verbalnog učenja (AVLT) (Ray, 1964.; Taylor, 1959.)

Test auditivno-verbalnog učenja (engl. Auditory Verbal Learning Test; AVLT) vrlo je često korišten mjerni instrument za ispitivanje pamćenja u kliničkoj populaciji. Namijenjen je za ispitivanje kratkoročnog i dugoročnog verbalnog pamćenja, sposobnosti novog učenja, strategija učenja te osjetljivosti na proaktivnu i retrokativnu inhibiciju kod djece i odraslih. Primjena se sastoji od dviju lista s 15 riječi (A i B). Ispitanik prvo uči listu A iz 5 pokušaja, nakon čega sluša listu B i ponavlja riječi koje je zapamtio. Nakon toga se od njega traži da ponovi riječi iz liste A (6. pokušaj) te se traži ponovno dosjećanje liste, uobičajeno nakon 30 minuta (7. pokušaj). Nakon ovoga slijedi zadatak koji uključuje prepoznavanje, a koji je preporučljivo primijeniti ako je ispitanik u 7. pokušaju ponovio manje od 13 riječi ili ako je razlika između petog i šestog pokušaja tri ili više riječi.

U interpretaciji rezultata koristi se nekoliko različitih pokazatelja:

- broj ponovljenih riječi iz liste A u prvom pokušaju
- broj ponovljenih riječi iz liste B
- razlika između broja ponovljenih riječi iz liste A u prvom pokušaju i liste B
- povećanje broja riječi iz 5 pokušaja učenja liste A (krivulja učenja)
- razlika između šestog i petog pokušaja ponavljanja liste A
- razlika između sedmog i šestog pokušaja (lista A)
- broj ispravnih odgovora u zadatku prepoznavanja

- vrsta pogrešaka: konfabulacije, fonemske ili semantičke asocijacije, intruzije iz liste A u listu B i obrnuto, ponavljanja već spomenutih riječi (119, 120).

4.3.5. Test opterećenja pažnje - d2 (Brickenkamp, 1962.)

Test d2 namijenjen je ispitivanju pažnje i sposobnosti koncentracije (121). Test je standardizirana nadogradnja tzv. Testa križanja. Test d2 sastoji se od 14 redova zadataka, s po 47 znakova. Ukupno postoji 16 različitih znakova nastalih kombinacijom slova „d“ i „p“ s jednom do četiri okomite crtice položene iznad i/ili ispod slova. Zadatak je sudionika precrtati svako „d“ koje ima dvije crtice. Vrijeme rada ograničeno je na 20 sekundi za svaki redak testa.

Najvažnije su mjere koje se dobivaju primjenom Testa d2 sljedeće:
UB - kriterij brzine rada. To je ukupan broj svih precrtanih znakova, relevantnih i irelevantnih.
P - pokazatelj kvalitete, brižljivosti i točnosti obrade. Dobiva se zbrajanjem svih učinjenih pogrešaka.
MK - mjera koncentracije. Mjera koncentracije određuje se tako da se od broja ispravno precrtanih znakova oduzme broj pogrešaka zamjenjivanja (precrtanih irelevantnih znakova).

4.3.6. Upitnik emocionalne kompetentnosti UEK-45 (Takšić, 1998.)

Upitnik emocionalne kompetentnosti, UEK-45 (122), skraćena je verzija Upitnika emocionalne inteligencije UEK-136 (123). Zbog prigovora da se inteligencija može mjeriti samo testovima sposobnosti, izabrana je sintagma „emocionalna kompetentnost“, a kojom se ujedno i ističe važnost emocionalne kompetentnosti u svakodnevnoj prilagodbi osobe. Konstruiran je prema modelu Mayera i Saloveya (75), od kojega se razlikuje zbog odvajanja percepcije emocija od izražavanja emocija, ponuđenih u odvojenim dimenzijama. S obzirom na to da je prema većini modela emocionalne inteligencije sposobnost odgovarajućeg izražavanja emocija najvažniji čimbenik emocionalne inteligencije, njeno odvajanje daje dimenziju važnu za socijalnu prilagodbu.

Upitnik je namijenjen procjeni emocionalne inteligencije, procesa prepoznavanja svojih i emocionalnih stanja drugih osoba radi učinkovitijeg rješavanja problema i primjerenijeg reguliranja ponašanja.

Sastoji od 45 čestica raspoređenih u tri skale samoprocjene:

1. percepcije i razumijevanja emocija (P) - 15 čestica
2. izražavanja i imenovanja emocija (I) - 14 čestica
3. upravljanja emocijama (U) - 16 čestica.

Na svaku od tvrdnji ispitanik odgovara stupnjem slaganja prema Likertovoj ljestvici od 5 stupnjeva, od 1 (uopće ne) do 5 (u potpunosti da), a pripadajući se bodovi zbrajaju unutar ljestvica. Vrijeme primjene nije ograničeno.

Psihometrijske karakteristike UEK-45 uglavnom su dobre pa je tako pouzdanost cijelog upitnika u različitim uzorcima od 0,88 do 0,92. Pouzdanosti pojedinačnih skala također su prihvatljive. Za skalu sposobnosti percepcije i razumijevanja emocija je najveća i iznosi od 0,82 do 0,88. Za skalu sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija iznosi između 0,78 i 0,81, dok je nešto niža za skalu sposobnosti upravljanja emocijama, gdje su dobivene vrijednosti od 0,68 do 0,72 (122). Korelacija između pojedinih skala kreće se od 0,35 do 0,51 pa se ukupan rezultat može formirati kao mjera opće emocionalne kompetentnosti s pouzdanošću između 0,87 i 0,92.

U ovom istraživanju za cijeli upitnik Cronbachov alpha iznosi 0,95. Za skalu sposobnosti percepcije i razumijevanja emocija alpha iznosi 0,91, za skalu sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija alpha iznosi 0,89, a za skalu sposobnosti upravljanja emocijama alpha iznosi 0,86.

4.3.7 Skala opće samoefikasnosti – SOS Schwarzera i sur. (1997.), hrvatska adaptacija (Ivanov i Penezić, 1998.).

Skala opće samoefikasnosti mjeri opći i stabilan osjećaj osobne učinkovitosti u suočavanju s različitim stresnim situacijama. Skala se sastoji od deset čestica koje se procjenjuju na ljestvici Likertovog tipa od 5 stupnjeva - od 1 (uopće se ne odnosi na mene) do 5 (u potpunosti se odnosi na mene). Ukupan rezultat skale formira se zbrajanjem procjena svih čestica, s mogućim rasponom rezultata od 10 do 50. Viši rezultat ukazuje na višu izraženost osjećaja opće samoefikasnosti. Faktorskom je analizom na zajedničke faktore potvrđena jednodimenzionalna struktura skale (124). U ovom istraživanju za cijeli upitnik Cronbachov alpha iznosi 0,88.

4.3.8. Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS) (Sorić i Proroković, 2002.)

Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama hrvatska je adaptacija upitnika Coping Inventory for Stressful Situations – CISS (Endler i Parker, 1990.), koji procjenjuje stilove suočavanja kao stabilne osobine ličnosti (125).

Upitnik se sastoji od 48 tvrdnji koje su grupirane u 3 subskale (po 16 tvrdnji): suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na zadatak (problem) i izbjegavanje. Subskala izbjegavanja sastoji se i sama od dvije subskale: distrakcije i socijalne diverzije.

Sudionici trebaju na ljestvici od 5 stupnjeva procijeniti koliko koriste određene tipove aktivnosti pri susretu s teškom, stresnom ili uznemirujućom situacijom. Ispitanik svaku tvrdnju procjenjuje na petodijelnoj ljestvici (1 – uopće ne do 5 – u potpunosti da).

U ovom istraživanju za cijeli upitnik Cronbachov alpha iznosi 0,90. Za subskalu suočavanje usmjereno na zadatak (problem) alpha iznosi 0,91, za subskalu suočavanje usmjereno na emocije alpha iznosi 0,80, a za izbjegavanje alpha iznosi 0,82. Za dvije subskale izbjegavanja, za distrakciju alpha iznosi 0,69, a za socijalnu diverziju 0,71.

4.3.9. Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja – ZLK-90 (Krizmanić i sur. 1992.)

Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja namijenjen je ispitivanju vjerovanja o osobnom zdravlju i čimbenicima koji na njega utječu. Temelji se na pretpostavci da je zdravstveno ponašanje pojedinca djelomično određeno i njegovim vjerovanjem ovisi li i u kojoj mjeri zdravlje o njegovom vlastitom ponašanju, a koliko o različitim čimbenicima na koje ne može izravno utjecati (126).

Teorijsko je ishodište u Rotterovoj teoriji socijalnog učenja (101). Sastoji se od 32 čestice raspoređene u četiri ljestvice. Tri ljestvice ispituju vjerovanja pojedinca o vanjskim čimbenicima koji utječu na zdravlje: 1. utjecaj za pojedinca važnih drugih osoba, 2. utjecaj slučaja, sudbine, Boga, 3. utjecaj okolnosti te 4. vjerovanje u utjecaj osobnih (unutarnjih) čimbenika. Ljestvica koja pokriva utjecaj važnih drugih osoba (Evd) procjenjuje utjecaj liječnika i zdravstvenog osoblja, provedbe sistematskih pregleda, značaj obitelji i prijatelja,

informacija iz medija, bioenergetičara, travara. U ljestvici procjene utjecaja slučaja (Es) pitanja se odnose na vjerovanje da zdravlje ovisi o nasljeđu, sudbini, sreći, slučaju, Božjoj volji i pomoći. Ljestvica utjecaja okoline (Eo) pokriva vjerovanja o važnosti ekološkog onečišćenja, klimatskih uvjeta, stresa, društvenih promjena, loših međuljudskih odnosa i nedostatka slobodnog vremena. Ljestvica osobnih unutarnjih čimbenika (Io) ispituje vjerovanja o važnosti osobnog angažmana u zdravlju, prehrambenih i higijenskih navika, zdravog životnog stila, redovitih kontrolnih pregleda, informiranosti i aktivnog suočavanja s pitanjima održavanja zdravlja.

Uz svako pitanje predložena su četiri odgovora koja upućuju na različit stupanj vjerovanja, prema Likertovoj ljestvici: od 1 (uopće ne vjerujem) do 4 (potpuno vjerujem). Vrijeme primjene nije ograničeno. Bodovi se zbrajaju za svaku pojedinačnu ljestvicu, a rezultat sudionika upućuje na diferenciranu izraženost triju skupina vanjskih i jedne unutarnjih čimbenika u njegovoj percepciji izvora kontrole zdravlja (126).

4.3.10. Skala kvalitete življenja – KVŽ-90 (Krizmanić i sur. 1992.)

Skala kvalitete življenja namijenjena je, između ostaloga, za mjerenje kvalitete življenja kao zavisne varijable u znanstvenim istraživanjima. Skala je podijeljena na dva dijela: „prediktorske varijable“ zahvaćaju zadovoljstvo različitim aspektima života, čimbenicima koji mogu djelovati na kvalitetu življenja u manjoj ili većoj mjeri, a „kriterijske varijable“ odnose se na procjenu općeg zadovoljstva životom. Namijenjena je za mlade i odrasle osobe od 16 do 60 godina (127).

U skali kvalitete življenja za odrasle osobe nalazi se 21 čestica, od kojih se 15 odnosi na pojedina područja života: zadovoljstvo podrijetlom svoje obitelji, emocionalnim vezama, seksualnim životom, druženjem s prijateljima i susjedima, stečenim obrazovanjem, sadašnjim poslom, položajem u društvu, društvenom okolinom u kojoj žive, demokratskim slobodama i pravima koji im pripadaju, svojom vjerom, zdravstvenim stanjem, načinom provođenja slobodnog vremena, materijalnim stanjem i stanovanjem te zadovoljstvom koje im pružaju obitelj (bračna ili izvanbračna zajednica) i djeca. Šest čestica odnosi se na individualnu procjenu kvalitete življenja (zadovoljstvo dosadašnjim životom općenito, u posljednjih godinu dana, zadovoljstvo dosadašnjim ostvarenjem svojih ciljeva, želja i nada, očekivanje da će u budućnosti ostvariti ono što još nisu uspjeli, stupanj u kojem bi bili zadovoljni svojim životom

kad bi i dalje bio takav kakav je bio do danas te zadovoljstvo životom kad ga usporede sa životom drugih ljudi). Sudionici procjenjuju koliko su zadovoljni različitim područjima svoga života na petostupanjskoj ljestvici (od vrlo nezadovoljan do vrlo zadovoljan).

U ovom istraživanju za cijeli upitnik Cronbachov alpha iznosi 0,81. Za skalu Prediktorskih varijabli alpha iznosi 0,73, a za Opće zadovoljstvo životom alpha iznosi 0,72.

4.4. Statističke metode

Kategorijski podatci bit će predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama.

Numerički podatci bit će opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučajevima raspodjela koje će slijediti normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona.

Razlike kategorijskih varijabli bit će testirane Hi-kvadrat-testom, a prema potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirat će se Kolmogorov-Smirnov testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirat će se Studentovim t-testom, a u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Mann-Whitneyevim U-testom.

Povezanost numeričkih varijabli bit će ocijenjena, ovisno o tome hoće li zadovoljavati kriterije normalne raspodjele, Pearsonovim koeficijentom koreleacije ili Spearmanovim koeficijentom korelacije ρ (rho). Za mogućnost utvrđivanja pripadanja određenoj skupini koristit će se diskriminativna analiza.

Razina značajnosti bit će postavljena na alpha = 0,05.

Za statističku analizu bit će korišten statistički program SPSS 20.

5. REZULTATI

5.1. Osnovna obilježja sudionika

Istraživanje je provedeno na 102 sudionika oboljela od shizofrenije. Srednja je dob 35,5 godina. S obzirom na spol, relativno su ujednačeni, s nešto većim postotkom muškaraca (54,9 %). U najvećoj su mjeri zastupljeni sudionici sa srednjom školom, potom oni sa završenom osnovnom, a u najmanjem omjeru pronalazimo ispitanike sa završenom višom i visokom školom. Što se tiče radnog statusa, značajno je više nezaposlenih i umirovljenih, u odnosu na radno aktivne (kojih ima samo 15,7 %). Prema bračnom statusu, manji je broj sudionika u braku u odnosu na one koji jesu. S obzirom na okolnosti u kojima žive, najveći broj sudionika nalazi se unutar primarnih obitelji (uz roditelje, braću, sestre ili rođake) te je i najveći broj sudionika koje uzdržavaju druge osobe (Tablica 5.1.).

Tablica 5.1. Osnovna obilježja sudionika

	Broj (%) sudionika (N = 102)
Spol	
Žene	46 (45,1)
Muškarci	56 (54,9)
Razina obrazovanja	
Osnovna škola	28 (27,5)
Srednja škola	56 (54,9)
Viša i visoka škola	18 (17,6)
Radni status	
Aktivan	16 (15,7)
Nezaposlen, umirovljen, student	86 (84,3)
Bračni status	
U braku	26 (25,5)
Neoženjen/udovac/razveden	76 (74,5)
Obiteljske okolnosti (s kime žive)	
Sam	14 (13,7)
Primarna obitelj (roditelji, brat, sestra, rođaci)	63 (61,8)
Uz supružnika i/ili djecu	25 (24,5)
Uzdržavanje	
Sami	40 (39,2)
Drugi (roditelji, supružnici, rođaci)	51 (50,0)
Socijalna pomoć	11 (10,8)
Mjesto življenja	
Grad	65 (63,7)
Selo	37 (36,3)
Dob (godine)	
Medijan (interkvartilni raspon)	35,5 (18 - 55)

5.2. Klinička obilježja sudionika

Uzimajući u obzir kliničke varijable uzorka, u većoj su mjeri zastupljeni neremitirani sudionici (61,8 %). Najviše je onih koji se liječe deset godina i duže, a potom oni koji se liječe između jedne i pet godina. Što se tiče rednog broja hospitalizacija, najvećem je broju sudionika ovo druga do četvrta hospitalizacija po redu. S obzirom na vrstu antipsihotika, najveći se broj sudionika liječi antipsihoticima druge generacije te kombinacijom antipsihotika prve i druge generacije (Tablica 5.2.).

Tablica 5.2. Klinička obilježja sudionika

	Broj (%) sudionika (N = 102)
Remisija	
Remitirani	39 (38,2)
Neremitirani	63 (61,8)
Trajanje bolesti	
Do godinu dana	19 (18,6)
Od jedne do pet godina	29 (28,4)
Pet do deset godina	15 (14,7)
Više od deset godina	39 (38,2)
Redni broj hospitalizacije	
Prva hospitalizacija	25 (24,5)
Između druge i četvrte	48 (47,1)
Peta ili više	29 (28,4)
Vrsta antipsihotične terapije	
Antipsihotici prve generacije	16 (15,7)
Antipsihotici druge generacije	47 (46,1)
Kombinacija antipsihotika	39 (38,2)

5.3. Razlike između remitiranih i neremitiranih sudionika u kognitivnom statusu, dimenzijama ličnosti, načinima suočavanja sa stresom, percipiranom izvoru kontrole zdravlja, demografskim obilježjima, kliničkim obilježjima te kvaliteti života

Razina inteligencije, izražena u centilima, u uzorku sudionika oboljelih od shizofrenije odgovara ispodprosječnoj. Nešto je niža kod neremitiranih sudionika, no bez značajne razlike u odnosu na remitirane (Tablica 5.3.).

Tablica 5.3. Razina inteligencije oboljelih od shizofrenije u skupini remitiranih i neremitiranih

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Inteligencija (centili)	22 (6 - 85)	16 (6 - 93)	16 (6 - 93)	0,62

*Mann-Whitney U test

U ukupnom je uzorku shizofrenih kod 56 osoba (54,9 %) inteligencija na ispodprosječnoj razini, kod njih 40 (39,2 %) je na prosječnoj, dok je kod 6 (5,9 %) sudionika na iznadprosječnoj razini, pri čemu dodatna analiza pokazuje kako je jedino u skupini sudionika s ispodprosječnom inteligencijom prisutan značajno veći broj neremitiranih sudionika, u odnosu na remitirane ($\chi^2 = 4,57$; P = 0,03) (Tablica 5.4.).

Tablica 5.4. Zastupljenost sudionika različitih intelektualnih razina u skupini remitiranih i neremitiranih

	Broj (%) sudionika			P*
	Remitirani	Neremitirani	Ukupno	
Ispodprosječna inteligencija	20 (51,3)	36 (57,1)	56 (54,9)	**0,01**
Prosječna inteligencija	18 (46,2)	22 (34,9)	40 (39,2)	
Iznadprosječna inteligencija	1 (2,6)	5 (7,9)	6 (5,9)	
Ukupno	39 (100)	63 (100)	102(100)	

*χ^2 test

Mjera koncentracije izražena u centilima u ukupnom uzorku, kao i po skupinama, oboljelih od shizofrenije odgovara ispodprosječnoj, međutim značajno je niža u skupini neremitiranih u odnosu na remitirane (Mann-Whitney U test, P = 0,01) (Tablica 5.5.).

Tablica 5.5. Mjera koncentracije oboljelih od shizofrenije u skupini remitiranih i neremitiranih

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Mjera koncentracije (centili)	5 (0 - 91)	1 (0 - 50)	2,5 (0 - 91)	**0,01**

*Mann-Whitney U test

Razina pamćenja, izražena u broju upamćenih riječi, veća je u skupini remitiranih sudionika te se značajno razlikuje od ukupne razine pamćenja neremitirane skupine (Studentov t-test, P = 0,04) (Tablica 5.6.) te odgovara Cohenovom d koeficijentu veličine učinka d = 0,42.

Tablica 5.6. Razina pamćenja oboljelih od shizofrenije u skupini remitiranih i neremitiranih

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Razina pamćenja	38,69 (9,47)	34,43 (10,93)	36,56 (10,56)	**0,04**

*Studentov t-test

U sklopu emocionalne kompetentnosti najviša je dimenzija upravljanja emocijama (medijan 58), a najniža je dimenzija izražavanja emocija (medijan 52). Skupine remitiranih i neremitiranih sudionika ne razlikuju se značajno u ukupnoj emocionalnoj kompetentnosti, kao ni u pojedinim dimenzijama. Samoefikasnost je nešto veća u skupini neremitiranih, no razlika nije značajna (Tablica 5.7.).

Tablica 5.7. Emocionalna kompetentnost i samoefikasnost oboljelih od shizofrenije u skupini remitiranih i neremitiranih

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Ukupna emocionalna kompetentnost	153 (117 - 225)	163 (49 - 221)	160,5 (49 - 225)	0,08
Upravljanje emocijama	57 (26 - 80)	59 (19 - 78)	58 (19 - 80)	0,12
Izražavanje emocija	49 (29 -70)	54 (14 - 69)	51,5 (14 - 70)	0,06
Prepoznavanje emocija	54 (25 - 75)	54 (15 - 75)	54 (15 - 75)	0,69
Samoefikasnost	31 (10 - 50)	39 (14 - 50)	37 (10 - 50)	0,08

*Mann-Whitney U test

U suočavanju sa stresom osobe oboljele od shizofrenije najviše pribjegavaju strategijama usmjerenima na zadatak. U najmanjoj je mjeri zastupljeno izbjegavanje kao način suočavanja sa stresom. Usporedba srednjih vrijednosti skupina pokazala je značajne razlike u strategijama

izbjegavanja (Studentov t-test, P = 0,02) te odgovara Cohenovom d koeficijentu veličine učinka d = 0,45) i distrakcije (Studentov t-test, P = 0,04) te odgovara Cohenovom d koeficijentu veličine učinka d = 0,40) remitiranih sudionika u odnosu na neremitirane (Tablica 5.8.)

Tablica 5.8. Strategije suočavanja sa stresom oboljelih od shizofrenije u skupini remitiranih i neremitiranih

Strategije suočavanja sa stresom	Aritmetička sredina (standardna devijacija)			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Strategije usmjerene na zadatak	55,33 (12,25)	59,60 (12,19)	57,97 (12,33)	0,09
Strategije usmjerene na emocije	53,36 (9,18)	52,10 (10,26)	52,58 (9,83)	0,52
Strategije izbjegavanja	46,23 (10,52)	51,19 (11,49)	49,09 (11,01)	**0,02**
Socijalna diverzija	16,97 (3,68)	18,22 (4,57)	17,66 (4,25)	0,13
Distrakcija	20,92 (5,40)	23,35 (6,44)	22,28 (6,02)	**0,04**

*Studentov t-test

U uzorku oboljelih od shizofrenije sudionici utjecaj sudbine ocjenjuju kao najvažniji vanjski izvor kontrole, a kao najmanje važan unutarnji izvor kontrole zdravlja. Među skupinama remitiranih i neremitiranih nisu nađene značajne razlike u percipiranim izvorima kontrole zdravlja (Tablica 5.9.).

Tablica 5.9. Srednje vrijednosti percipiranog izvora kontrole zdravlja oboljelih od shizofrenije u skupini remitiranih i neremitiranih

Percipirani izvor kontrole zdravlja	Aritmetička sredina (standardna devijacija)			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Unutarnji čimbenici koji mogu utjecati na zdravlje	18,31 (1,73)	18,51 (2,82)	18,43 (2,46)	0,65
Utjecaj važnih drugih osoba	18,92 (1,88)	19,05 (2,47)	19,00 (2,26)	0,77
Utjecaj sudbine	20,33 (2,99)	20,08 (2,66)	20,18 (2,78)	0,66
Utjecaj okoline	19,82 (2,12)	19,30 (2,16)	19,50 (2,15)	0,23

*Studentov t- test

S obzirom na demografske značajke, skupine remitiranih i neremitiranih sudionika ujednačene su prema spolu, dobi, naobrazbi i radnom statusu. Prosječna je dob sudionika 35,54 godina. Najveći je broj sudionika završio srednju školu. Što se tiče bračnog, radnog i ekonomskog statusa, većina sudionika nije radno aktivna (84,3), nije u bračnoj zajednici (74,5) te polovinu uzdržavaju članovi obitelji (Tablica 5.10.).

Tablica 5.10. Demografska obilježja (spol, dob, naobrazba, radni i bračni status te ekonomski status) remitiranih i neremitiranih sudionika

Demografska obilježja	Broj sudionika prema skupini			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Spol				
Muškarci	22 (56,4)	34 (54)	56 (54,9)	0,48
Žene	17 (43,6)	29 (46)	46 (45,1)	
Razina obrazovanja				
Osnovna škola	10 (25,6)	18 (28,6)	28 (27,5)	0,52
Srednja škola	20 (51,3)	36 (57,1)	56 (54,9)	
Viša i visoka škola	9 (23,1)	9 (14,3)	18 (17,6)	
Radni status				
Aktivan	8 (20,5)	8 (12,7)	16 (15,7)	0,21
Nezaposlen, umirovljen, student	31 (79,5)	55 (87,3)	86 (84,3)	
Bračni status				
U braku	10 (25,6)	16 (25,4)	26 (25,5)	0,58
Neoženjen/udovac/razveden	29 (74,4)	47 (61,8)	76 (74,5)	
Ekonomski status				
Vlastita primanja	17 (43,6)	23 (36,5)	40 (39,2)	0,27†
Uzdržavan od obitelji	16 (41,0)	35 (55,6)	51 (50,0)	
Socijalna pomoć	6 (15,4)	5 (7,9)	11 (10,8)	
Mjesto življenja				
Grad	25 (64,1)	40 (63,5)	65 (63,7)	0,56
Selo	14 (35,9)	23 (36,5)	37 (36,3)	
Dob (aritmetička sredina/standardna devijacija)				
	34,95 (10,73)	35,90 (10,39)	35,54 (10,48)	0,65^{T}

*Fisherov egzaktni test; †χ 2 test; ^{T} Studentov t-test

S obzirom na kliničke značajke, skupine remitiranih i neremitiranih sudionika ujednačene su prema vrsti antipsihotika i rednom broju hospitalizacije. Značajne se razlike pronalaze u trajanju bolesti. Dodatnom je analizom utvrđeno kako je u skupini neremitiranih značajno više onih koji se liječe između jedne i pet godina ($\chi^2 = 5{,}828$, $P = 0{,}01$) te deset i više godina ($\chi^2 = 5{,}769$, $P = 0{,}01$), dok se u kategoriji do jedne godine, te između pet i deset godina, ne pronalaze razlike. Što se tiče izraženosti simptoma prilikom prijema i otpusta, na prijemu se sudionici značajno razlikuju po ukupnom rezultatu na PANSS skali te po razini izraženosti negativnih simptoma, dok se prilikom otpusta razlikuju i na ukupnom rezultatu PANSS-a, ali i na skalama pozitivnih i negativnih simptoma te na općoj psihopatološkoj skali (Tablica 5.11.).

Tablica 5.11. Klinička obilježja (trajanje bolesti, redni broj hospitalizacije, vrsta antipsihotične terapije) remitiranih i neremitiranih sudionika

Klinička obilježja	Broj sudionika prema skupini			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Vrsta antipsihotika				
Antipsihotici prve generacije	8 (20,5)	8 (12,7)	16 (15,7)	0,57
Antipsihotici druge generacije	17 (43,6)	30 (47,6)	47 (46,1)	
Kombinacija antipsihotika	14 (35,9)	25 (39,7)	39 (38,2)	
Redni broj hospitalizacije				
Prva hospitalizacija	12 (30,8)	13 (20,6)	25 (24,5)	0,47
Između druge i četvrte	16 (41,0)	32 (50,8)	48 (47,1)	
Peta ili više	11 (28,2)	18 (28,6)	29 (28,4)	
Trajanje bolesti				
Do godinu dana	8 (20,5)	11 (28,2)	19 (18,6)	**0,01**
Od jedne do pet godina	8 (20,5)	21 (33,3)	29 (28,4)	
Pet do deset godina	11 (28,2)	4 (6,3)	15 (14,7)	
Više od deset godina	12 (30,8)	27 (42,9)	39 (38,2)	
Izraženost simptoma pri prijemu (medijan-interkvartilni raspon) **				
PANSS-ukupni	106 (70 - 149)	117 (75 - 152)	112,5 (70 - 152)	**0,04**
Pozitivna skala	27 (14 - 42)	28 (12 - 43)	28 (12 - 43)	0,30
Negativna skala	27 (11 - 42)	30 (17 - 42)	29 (11 - 42)	**0,01**
Opća psihopatološka skala	54 (33 - 73)	58 (36 - 85)	56 (33 - 85)	0,12
Izraženost simptoma pri otpustu (medijan-interkvartilni raspon) **				
PANSS-ukupni	59 (35 - 75)	81 (58 - 144)	70 (35 - 144)	**0,000**
Pozitivna skala	12 (7 - 17)	17 (9 - 36)	14,5 (7 - 36)	**0,000**
Negativna skala	16 (7 - 22)	22 (14 - 36)	20 (7 - 36)	**0,000**
Opća psihopatološka skala	32 (21 - 43)	42 (27 - 77)	37 (21 - 77)	**0,000**

*χ 2 test ** Mann-Whitney U test

Kvaliteta života ne razlikuje se u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika, ni u općem zadovoljstvu života (Mann-Whitney U test, P = 0,18), ni na prediktorskim varijablama (Mann-Whitney U test, P = 0,31). Unatoč tome, može se uočiti trend veće procjene općeg zadovoljstva životom, kao i zadovoljstva prediktorskim varijablama kod skupine neremitiranih sudionika.

Tablica 5.12. Procjena kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika

Skala kvalitete življenja	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)	Ukupno (N = 102)	
Opće zadovoljstvo životom	17 (9 - 27)	19 (6 - 30)	19 (6 - 30)	0,18
Prediktorske varijable	46 (29 - 66)	49 (20 - 73)	49 (20 - 73)	0,31

*Mann-Whitney U test

5.4. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije i psiholoških čimbenika

U uzorku remitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije, razina inteligencije nije značajno povezana ni s jednim područjem kvalitete življenja, kao ni u skupini neremitiranih sudionika.

Tablica 5.13. Procjena povezanosti kvalitete života i razine inteligencije remitiranih i neremitiranih sudionika

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)	
	Skala kvalitete življenja	
	Opće zadovoljstvo životom	Prediktorske varijable
Remitirani (N = 39)	0,162 (0,32)	0,282 (0,08)
Neremitirani (N = 63)	0,052 (0,69)	0,010 (0,93)

Mjera koncentracije kod remitiranih sudionika nije značajno povezana ni s jednim područjem kvalitete života, dok je u skupini neremitiranih sudionika mjera koncentracije značajno povezana s procjenom općeg zadovoljstva životom.

Tablica 5.14. Procjena povezanosti kvalitete života i mjere koncentracije remitiranih i neremitiranih sudionika

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)	
	Skala kvalitete življenja	
	Opće zadovoljstvo životom	Prediktorske varijable
Remitirani (N = 39)	0,256 (0,11)	0,208 (0,20)
Neremitirani (N = 63)	**0,305 (0,01)**	0,064 (0,61)

U uzorku remitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije, razina pamćenja nije značajno povezana ni s jednim područjem kvalitete življenja, kao ni u skupini neremitiranih sudionika.

Tablica 5.15. Procjena povezanosti kvalitete života i razine pamćenja remitiranih i neremitiranih sudionika

	Pearsonov koeficijent korelacije (P vrijednost)	
	Skala kvalitete življenja	
	Opće zadovoljstvo životom	Prediktorske varijable
Remitirani (N = 39)	0,093 (0,57)	-0,008 (0,96)
Neremitirani (N = 63)	0,176 (0,17)	0,193 (0,13)

Kod oboljelih od shizofrenije razina ukupne emocionalne kompetentnosti značajno je pozitivno povezana s općom kvalitetom života i s prediktorskim varijablama samo u skupini neremitiranih sudionika, dok se u skupini remitiranih ne pronalaze značajne

povezanosti. U slučaju pojedinih dimenzija emocionalne kompetentnosti, najviše se značajnih povezanosti nalazi između upravljanja emocijama i kvalitete života. Dimenzija upravljanja emocijama značajno je pozitivno povezana s općim zadovoljstvom životom, kao i prediktorskim varijablama kod obiju skupina sudionika. Dimenzija izražavanja emocija, kao i prepoznavanja emocija značajno je pozitivno povezana s prediktorskim varijablama kvalitete života u skupini neremitiranih sudionika. Kod obiju skupina sudionika razina samoefikasnosti značajno je pozitivno povezana s općom kvalitetom života, kao i s prediktorskim varijablama kvalitete života (Tablica 5.16.).

Tablica 5.16. Procjena povezanosti kvalitete života, emocionalne kompetentnosti i samoefikasnosti kod remitiranih i neremitiranih sudionika

Emocionalna kompetentnost i samoefikasnost		Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)	
		Skala kvalitete življenja	
		Opće zadovoljstvo životom	Prediktorske varijable
Remitirani (N = 39)	Ukupna emocionalna kompetentnost	0,308 (0,06)	0,229 (0,16)
	Upravljanje emocijama	**0,479 (0,002)**	**0,347 (0,03)**
	Izražavanje emocija	0,170 (0,30)	0,113 (0,49)
	Prepoznavanje emocija	0,171 (0,29)	0,127 (0,43)
	Samoefikasnost	**0,449 (0,004)**	**0,355 (0,02)**
Neremitirani (N = 63)	Ukupna emocionalna kompetentnost	**0,422 (0,001)**	**0,414 (0,001)**
	Upravljanje emocijama	**0,581 (< 0,001)**	**0,396 (0,001)**
	Izražavanje emocija	0,314 (0,12)	**0,364 (0,003)**
	Prepoznavanje emocija	0,221 (0,08)	**0,288 (0,02)**
	Samoefikasnost	**0,605 (< 0,001)**	**0,362 (0,004)**

Među načinima suočavanja sa stresom nalaze se značajne povezanosti između strategija usmjerenih na zadatak i socijalne diverzije s općim zadovoljstvom života te prediktorskim

varijablama kvalitete života kod skupine neremitiranih sudionika. U skupini remitiranih sudionika nisu pronađene značajne povezanosti (Tablica 5.17.).

Tablica 5.17. Procjena povezanosti kvalitete života i načina suočavanja sa stresom kod remitiranih i neremitiranih sudionika

CISS		Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)	
		Skala kvalitete življenja	
		Opće zadovoljstvo životom	Prediktorske varijable
Remitirani (N = 39)	Strategije usmjerene na zadatak	0,282 (0,08)	0,054 (0,74)
	Strategije usmjerene na emocije	-0,275 (0,09)	-0,094 (0,57)
	Strategije izbjegavanja	0,261 (0,11)	0,071 (0,66)
	Socijalna diverzija	0,224 (0,17)	0,031 (0,85)
	Distrakcija	0,303 (0,06)	0,158 (0,34)
Neremitirani (N = 63)	Strategije usmjerene na zadatak	**0,333 (0,008)**	**0,428 (< 0,001)**
	Strategije usmjerene na emocije	0,010 (0,94)	-0,054 (0,68)
	Strategije izbjegavanja	0,245 (0,05)	0,134 (0,29)
	Socijalna diverzija	**0,280 (0,02)**	**0,261 (0,03)**
	Distrakcija	0,150 (0,24)	0,024 (0,85)

Procjena povezanosti kvalitete života i percipiranih izvora kontrole zdravlja pokazala je postojanje značajne povezanosti u slučaju utjecaja sudbine kod skupine remitiranih sudionika. Viša ocjena važnosti utjecaja sudbine u kontroli zdravlja značajno je negativno povezana s općim zadovoljstvom života remitirane skupine (Tablica 5.18.).

Tablica 5.18. Procjena povezanosti kvalitete života percipiranog izvora kontrole zdravlja kod remitiranih i neremitiranih sudionika

ZLK-90		Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)	
		Skala kvalitete življenja	
		Opće zadovoljstvo životom	Prediktorske varijable
Remitirani (N = 39)	Unutarnji čimbenici	0,049 (0,76)	0,176 (0,28)
	Utjecaj važnih drugih osoba	-0,026 (0,87)	0,149 (0,36)
	Utjecaj sudbine	**-0,405 (0,01)**	-0,015 (0,93)
	Utjecaj okoline	-0,001 (0,99)	0,068 (0,68)
Neremitirani (N = 63)	Unutarnji čimbenici	-0,135 (0,29)	-0,176 (0,17)
	Utjecaj važnih drugih osoba	0,198 (0,12)	0,130 (0,30)
	Utjecaj sudbine	-0,134 (0,29)	-0,113 (0,38)
	Utjecaj okoline	-0,153 (0,23)	-0,130 (0,23)

5.5. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije i demografskih obilježja

Procjena kvalitete života s obzirom na spol sudionika ne pokazuje značajnu povezanost spola ni s jednim područjem kvalitete života, ni kod jedne skupine sudionika (Tablica 5.19.).

Tablica 5.19. Procjena povezanosti kvalitete života prema spolu kod remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	Skupina	Medijan (interkvartilni raspon) prema spolu		**P***
		Muški (N = 56)	Ženski (N = 46)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	16,50 (10 - 26)	19 (9 - 27)	0,94
	Neremitirani	19 (10 - 30)	19 (6 - 30)	0,90
Prediktorske varijable	Remitirani	45,50 (30 - 66)	47 (29 - 63)	0,88
	Neremitirani	50 (20 - 72)	49 (20 - 73)	0,54

*Mann-Whitney U test

Dob oboljelih od shizofrenije u objema skupinama sudionika, negativno je povezana s općim zadovoljstvom životom, kao i prediktorskim varijablama, međutim povezanosti se nisu pokazale značajnima (Tablica 5.20.).

Tablica 5.20. Povezanost kvalitete života i dobi kod oboljelih od shizofrenije u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	Dob sudionika	
	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)	
	Remitirani (N = 39)	Neremitirani (N = 63)
Opće zadovoljstvo životom	-0,010 (0,95)	-0,150 (0,24)
Prediktorske varijable	-0,131 (0,42)	-0,006 (0,96)

S obzirom na razinu obrazovanja oboljeli od shizofrenije ne razlikuju se značajno u procjeni kvalitete života ni u jednoj skupini (Tablica 5.21.).

Tablica 5.21. Procjena kvalitete života prema razini obrazovanja u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	**Skupina**	Medijan (interkvartilni raspon) prema razini obrazovanja			**P***
		OŠ (N = 28)	SŠ (N = 56)	VSS/VŠS (N = 18)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	15,50 (9 - 24)	16,5 (10 - 26)	20 (11 - 27)	0,35
	Neremitirani	18,50 (8 - 25)	19 (6 - 29)	21 (12 - 30)	0,58
Prediktorske varijable	Remitirani	40 (29 - 61)	45 (30 - 66)	52 (29 - 63)	0,15
	Neremitirani	49,50 (35 - 73)	48,50 (23 - 72)	52 (20 - 64)	0,52

* Kruskal-Wallis test

Uzimajući u obzir radni status, u skupini sudionika koji su radno aktivni u odnosu na one koji nisu (nezaposleni, umirovljeni) nalazi se značajno više zadovoljstvo KŽ u domeni općeg zadovoljstva životom i zadovoljstva prediktorskim varijablama u skupini remitiranih sudionika, dok istu razliku ne pronalazimo u skupini neremitiranih sudionika. Najviša razina općeg zadovoljstva životom nalazi se u skupini zaposlenih remitiranih sudionika (Tablica 5.22.).

Tablica 5.22. Procjena kvalitete života prema radnom statusu u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	Skupina	Medijan (interkvartilni raspon) prema radnom statusu		**P***
		Zaposleni (N = 16)	Nezaposleni (N = 86)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	22 (13 - 27)	16 (9 - 25)	**0,01**
	Neremitirani	20,50 (10 - 29)	19 (6 - 30)	0,80
Prediktorske varijable	Remitirani	54,50 (42 - 66)	43 (29 - 63)	**0,01**
	Neremitirani	54,50 (30 - 72)	49 (20 - 73)	0,22

*Mann-Whitney U test

Prema bračnom statusu, neremitirani sudionici u braku, u odnosu na one koji to nisu, značajno su višom procijenili KŽ u domeni prediktorskih varijabli, dok se u procjeni općeg zadovoljstva životom ne razlikuju (Tablica 5.23.). U skupini remitiranih ne pronalaze se razlike prema bračnom statusu u procjeni KŽ-a.

Tablica 5.23. Procjena kvalitete života prema bračnom statusu u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	Skupina	Medijan (interkvartilni raspon) prema bračnom statusu		**P***
		Oženjeni (N = 26)	Neoženjeni (N = 76)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	18,50 (10 - 26)	17 (9 - 27)	0,31
	Neremitirani	20 (11 - 27)	19 (6 - 30)	0,35
Prediktorske varijable	Remitirani	49,50 (29 - 66)	45 (29 - 63)	0,20
	Neremitirani	54 (39 - 67)	48 (20 - 73)	**0,02**

*Mann-Whitney U test

Uzimajući u obzir obiteljske okolnosti oboljelih od shizofrenije, nisu pronađene značajne razlike između skupina u procjeni KŽ-a. Unatoč tomu, može se uočiti trend najviše procjene i općeg zadovoljstva životom te prediktorskih varijabli kod remitiranih sudionika koji žive uz supružnika i/ili vlastitu djecu. U skupini neremitiranih sudionika, uočava se najviša procjena općeg zadovoljstva životom kod onih koji žive u primarnoj obitelji, dok prediktorske varijable najvišim procjenjuju sudionici u braku, tj. oni koji žive uz supružnika i/ili djecu.

Tablica 5.24. Procjena kvalitete života prema obiteljskim okolnostima (s kime žive) u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	**Skupina**	Medijan (interkvartilni raspon) prema obiteljskim okolnostima			**P***
		Žive sami (N = 14)	Žive u primarnoj obitelji (N = 63)	Uz supružnika i/ili djecu (N = 25)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	16 (9 - 25)	17 (11 - 27)	18,50 (10 - 26)	0,71
	Neremitirani	12 (9 - 24)	20 (8 - 30)	19 (6 - 27)	0,39
Prediktorske varijable	Remitirani	42 (30 - 52)	46 (29 - 63)	49,50 (29 - 66)	0,38
	Neremitirani	36 (30 - 60)	49 (20 - 73)	50 (35 - 65)	0,48

* Kruskal-Wallis test

Prema načinu uzdržavanja, remitirani sudionici koji se sami uzdržavaju, u odnosu na one koji ovise o drugima ili o socijalnoj pomoći, značajno su višom procijenili KŽ u području prediktorskih varijabli, dok se u procjeni općeg zadovoljstva životom ne razlikuju značajno (iako je i ovdje uočen trend veće procjene općeg zadovoljstva životom kod remitiranih sudionika koji se sami uzdržavaju) (Tablica 5.25.).

Tablica 5.25. Procjena kvalitete života prema načinu uzdržavanja u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	**Skupina**	Medijan (interkvartilni raspon) prema načinu uzdržavanja			**P***
		Sami (N = 40)	Drugi (roditelji, supružnici, rođaci) (N = 51)	Socijalna pomoć (N = 11)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	20 (10 - 27)	15 (10 - 25)	15 (9 - 25)	0,13
	Neremitirani	18 (9 - 29)	19 (6 - 30)	19 (13 - 22)	0,69
Prediktorske varijable	Remitirani	52 (30 - 66)	39,50 (29 - 61)	41,50 (32 - 55)	**0,008**
	Neremitirani	50 (23 - 72)	49 (20 - 73)	49 (39 - 51)	0,76

* Kruskal-Wallis test

Prema mjestu življenja nisu pronađene značajne razlike u procjeni KŽ-a ni u jednom području. Međutim, može se uočiti trend najviše procjene i općeg zadovoljstva životom te prediktorskih varijabli kod neremitiranih sudionika koji žive na selu.

Tablica 5.26. Procjena kvalitete života prema mjestu življenja u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	Skupina	Medijan (interkvartilni raspon) prema mjestu življenja		**P***
		Grad (N = 65)	Selo (N = 37)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	17 (10 - 27)	16,50 (9 - 26)	0,88
	Neremitirani	19 (8 - 30)	20 (6 - 27)	0,68
Prediktorske varijable	Remitirani	45 (30 - 63)	46,50 (29 - 66)	0,94
	Neremitirani	48,50 (20 - 73)	50 (34 - 67)	0,38

*Mann-Whitney U test

5.6. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i kliničkih varijabli

U slučaju trajanja bolesti ne pronalaze se značajne razlike između trajanja bolesti i procjene kvalitete života. Uočava se trend postojanja više procjene općeg zadovoljstva životom u skupini remitiranih s najkraćim trajanjem bolesti, a najniža je kod onih koji se liječe između jedne i pet godina. Kod skupine neremitiranih sudionika ne pronalazi se takav trend (Tablica 5.27.).

Također, ne pronalaze se značajne razlike između broja hospitalizacija i procjene kvalitete života između skupina (Tablica 5.28.).

Tablica 5.27. Procjena kvalitete života u odnosu na trajanje bolesti u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	**Skupina**	Medijan (interkvartilni raspon) prema trajanju bolesti				**P***
		Do godinu dana (N = 19)	Od 1 do 5 godina (N = 29)	Od 5 do 10 godina (N = 15)	Više od 10 godina (39)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	20 (12 - 26)	14,50 (9 - 24)	17 (10 - 25)	18 (10 - 27)	0,32
	Neremitirani	19 (6 - 28)	20 (8 - 28)	15,50 (12 - 22)	19 (9 - 30)	0,67
Prediktorske varijable	Remitirani	44 (35 - 66)	44 (32 - 59)	50 (33 - 66)	48 (29 - 63)	0,87
	Neremitirani	48 (35 - 72)	52 (31 - 73)	38 (20 - 50)	49 (23 - 65)	0,14

* Kruskal-Wallis test

Tablica 5.28. Procjena kvalitete života prema broju hospitalizacija u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	**Skupina**	Medijan (interkvartilni raspon) prema broju hospitalizacija			**P***
		Prva hospitalizacija (N = 25)	Između druge i četvrte (N = 48)	Peta i više (N = 29)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	17,50 (9 - 26)	18 (10 - 25)	16 (10 - 27)	0,95
	Neremitirani	19 (12 - 29)	19,50 (6 - 28)	19,50 (9 - 30)	0,96
Prediktorske varijable	Remitirani	44 (32 - 66)	47 (33 - 63)	40 (29 - 61)	0,69
	Neremitirani	48 (20 - 72)	50 (23 - 73)	48 (32 - 65)	0,92

* Kruskal-Wallis test

Prema vrsti antipsihotične terapije nisu pronađene značajne razlike u procjeni kvalitete života, ni u jednom području, kao ni među skupinama sudionika (Tablica 5.29.).

Tablica 5.29. Procjena kvalitete života prema vrsti antipsihotične terapije u skupini remitiranih i neremitiranih sudionika

KVŽ-90	**Skupina**	Medijan (interkvartilni raspon) prema vrsti antipsihotične terapije			**P***
		Antipsihotici prve generacije (N = 16)	Antipsihotici druge generacije (N = 47)	Kombinacija antipsihotika (N = 39)	
Opće zadovoljstvo životom	Remitirani	19 (9 - 26)	19 (10 - 25)	16 (10 - 27)	0,48
	Neremitirani	19 (12 - 27)	18,50 (6 - 29)	22 (9 - 30)	0,31
Prediktorske varijable	Remitirani	46,50 (32 - 66)	47 (29 - 61)	45 (30 - 63)	0,87
	Neremitirani	44,50 (20 - 61)	49 (23 - 73)	50 (30 - 67)	0,62

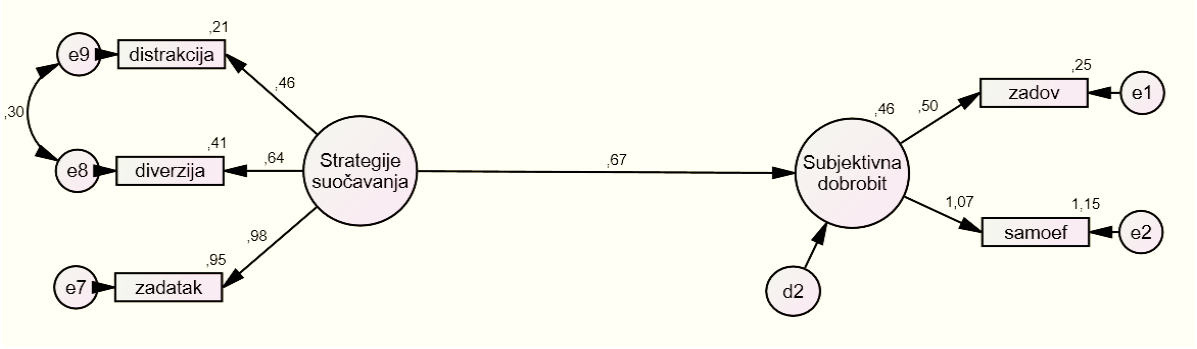
* Kruskal-Wallis test

5.7. Predviđanje kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije temeljem psihosocijalnih čimbenika

S obzirom na to da nije detektirana razlika u povezanosti nezavisnih varijabli s grupama sudionika prema terapijskom učinku (Tablice od 5.13. do 5.29.), kako je predviđeno hipotezom 2, rađeno je strukturalno modeliranje na razini cijelog uzorka. Iako se ranije vjerovalo da je za strukturalno modeliranje presudna veličina uzorka (preko 200), novija statistička istraživanja opovrgavaju tu tvrdnju (160, 161). Iacobucci čak navodi kako je opravdano koristiti strukturalno modeliranje i na uzorcima između 50 i 100 ispitanika, tvrdeći kako je pretpostavka o „potrebnom velikom uzorku“ pretjerano doslovna i zastarjela (162).
Kako bi se ispitali izravni efekti strategija suočavanja (distrakcija, diverzija, usmjerenost na zadatak) na subjektivnu dobrobit (definiranu općim zadovoljstvom i samoefikasnošću) upotrijebili smo: a) Sattora-Bentlerov hi kvadrat ($\chi 2$) (145, 146); b) RMSEA (Root mean square error of approximation) (147), gdje vrijednosti do 0,05 pokazuju izvrsno slaganje; 0,05 – 0,08 pokazuju vrlo dobro slaganje; 0,08 – 0,10 osrednje slaganje te ako je veće od 0,10 slabo (neprihvatljivo slaganje) (148); c) CFI (Comparative fit index), čije vrijednosti između 0,90 i 0,95 ukazuju na zadovoljavajuće slaganje pretpostavljenog modela s podatcima, a vrijednosti više od 0,95 ukazuju na izvrsno slaganje (148) i d) SRMR (Standardised root mean square residual), čije su vrijednosti manje od 0,05 pokazatelj zadovoljavajuće podudarnosti modela s podatcima (149).

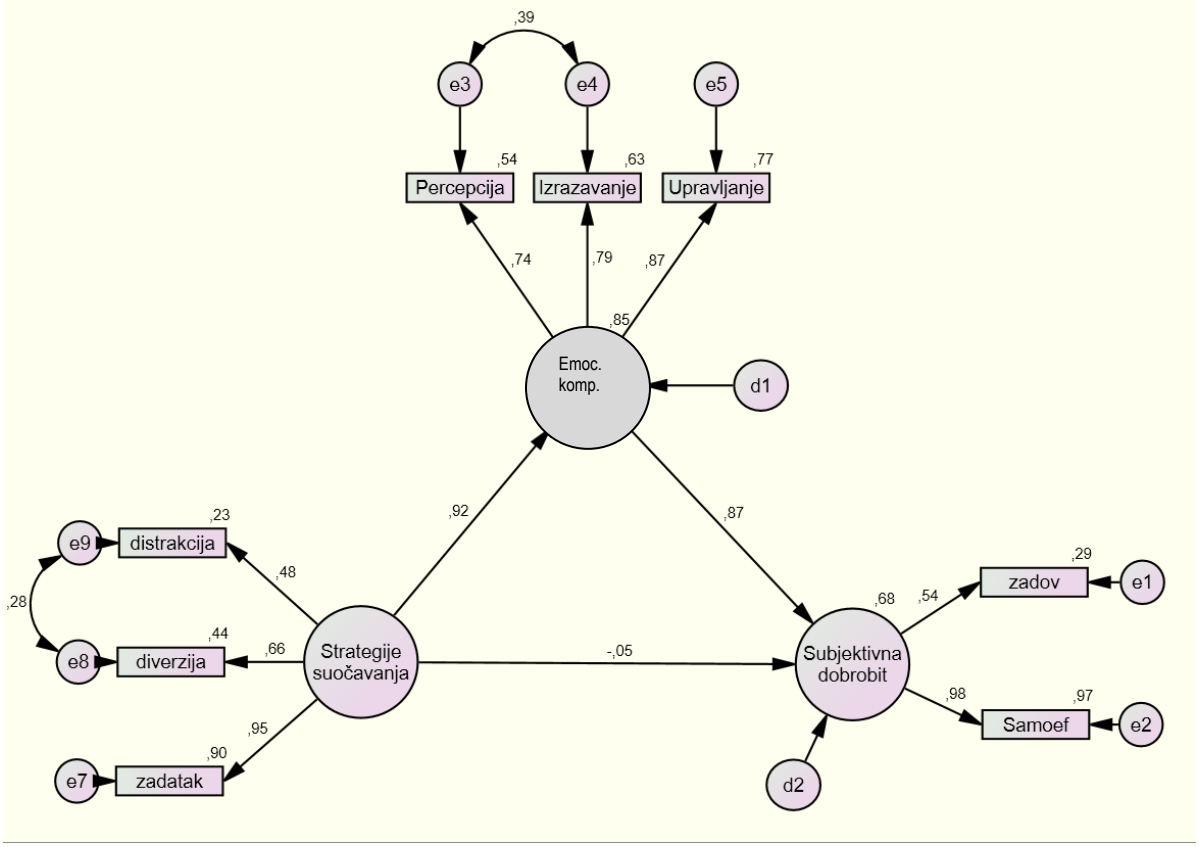
Na Slici 1. možemo vidjeti kako su strategije suočavanja (definirane strategijama usmjerenosti na zadatak, distrakcijom i diverzijom) značajno povezane sa subjektivnom dobrobiti pojedinca (definiranom općim zadovoljstvom života i percepcijom samoefikasnosti) ($\beta = 0,67$). Saturacije konstrukta „strategije suočavanja“ pokazuju kako strategija usmjerenosti na zadatak u najvećoj mjeri predstavlja konstrukt ($\beta = 0,96$). Slika 2. pruža nam uvid u medijacijski efekt emocionalne kompetencije u odnosu na strategije suočavanja i subjektivnu dobrobit. Dakle, na slici možemo vidjeti kako su strategije suočavanja sa stresom (definirane kao distrakcija, diverzija i usmjerenost na zadatak) značajno i snažno povezane sa subjektivnom dobrobiti (definiranom općim zadovoljstvom i percepcijom samoefikasnosti), a da se ta povezanost u cijelosti može objasniti emocionalnom kompetencijom.

Slika 1. Model I - model izravne povezanosti strategija suočavanja i subjektivne dobrobiti



Hi = 1,70; df = 3; p > 0,05 Hi/df = 0,567; CFI = 1,00; RMSEA = 0,00; SRMR = 0,023

Slika 2. Model II - medijacijski efekt emocionalne kompetencije u odnosu na strategije suočavanja i subjektivnu dobrobit



Hi = 23,70; df = 15; p >0,05 Hi/df = 1,581; CFI =0,981; RMSEA = 0,076; SRMR = 0,0368

5.8. Predviđanje pripadnosti skupini prema terapijskom učinku temeljem psihosocijalnih čimbenika

Zbog međusobne povezanosti promatranih varijabli, razlike između remitiranih i neremitiranih sudionika ispitala se multivarijatnom analizom varijance (MANOVA) prema preporukama Grice i Iwasake (150). Prema njihovoj se sugestiji MANOVA mora ispitati naknadnom diskriminativnom analizom kako bi se zaista kontrolirao efekt međusobne povezanosti kriterijskih varijabli. Kako bi analiza MANOVA-e bila što parsimoničnija, provedene su tri zasebne jednofaktorske MANOVA-e za nezavisne uzorke, jedna sa skupinom kliničkih varijabli, druga sa skupinom kognitivnih varijabli te treća sa skupinom socioemocionalnih varijabli.

U prvoj MANOVA-i zavisne su varijable: trajanje bolesti, vrsta terapije, pozitivna i negativna skala PANSS-a kod otpusta, dužina liječenja i redni broj hospitalizacije, dok se za nezavisnu varijablu koristila remisija (pripadnost skupini remitiranih ili neremitiranih sudionika)**.** Rezultati MANOVA-e statistički su značajni: Wilks' Λ (0,55), $F(5, 96) = 15{,}97$, $p < 0{,}001$. Nadalje, Royev je najveći karakteristični korijen također značajan ($S = 1$, $M = 1\ 1/2$, $N = 47$, $p < 0{,}001$) te ukazuje da nezavisna i zavisne varijable dijele čak 44 % zajedničke varijance. Nadalje, tablica 5.30. prikazuje standardizirane diskriminativne koeficijente funkcije. Prema tim se podatcima skupine remitiranih i neremitiranih najviše razlikuju prema rezultatima pozitivne i negativne skale PANSS-a prilikom otpusta, dok se ostale kliničke varijable približavaju brojci 0 te ne doprinose razlikovanju ovih dviju skupina sudionika. Prema preporuci Harrisa (151), kreirana je pojednostavljena kompozitna varijabla koja se sastoji od zbroja rezultata pozitivne i negativne skale PANSS-a pri otpustu, kao varijable s najvećim doprinosom razlikovanju među skupinama sudionika. Veći rezultat kompozita ukazuje na veći broj iskazanih simptoma pri otpustu. Kompozit je nazvan „Klinički čimbenici" te on uvelike razlikuje navedene dvije skupine ($t = -9{,}94$, $df = 100$, $p < 0{,}01$), što odgovara Cohenovom d koeficijentu veličine učinka $d = 1{,}90$ (snažan efekt).

Tablica 5.30. Standardizirani koeficijenti diskriminativne funkcije- MANOVA I

Klinički čimbenici	w
Trajanje bolesti	0,09006
Pozitivna skala PANSS-a kod otpusta	0,42669
Negativna skala PANSS-a kod otpusta	0,75094
Dužina liječenja	0,09209
Redni broj hospitalizacije	0,05458

U drugoj MANOVA-i zavisne su varijable predstavljale: razinu inteligencije, ukupno pamćenje i mjeru koncentracije, dok se za nezavisnu varijablu koristila remisija (pripadnost skupini remitiranih ili neremitiranih sudionika). Rezultati MANOVA-e statistički su značajni; Wilks' Λ (0,91), $F(3, 98) = 3,35$, $p < 0,02$. Nadalje, Royev je najveći karakteristični korijen također statistički značajan ($S = 1$, $M = 1/2$, $N = 48$, $p < 0,001$) te ukazuje da nezavisna i zavisne varijable dijele svega 1,4 % zajedničke varijance. Tablica 5.31. prikazuje standardizirane diskriminativne koeficijente funkcije. Tablica standardiziranih koeficijenata diskriminativne funkcije ukazuje na visoku ulogu razine inteligencije u razlikovanju ovih dviju skupina pacijenata, dok rezultati t-testa to opovrgavaju. Potencijalni razlog ovakvom rezultatu može biti kompleksni odnos inteligencije s koncentracijom i/ili pamćenjem, koji se teško može razotkriti MANOVA-om. Vjerojatno je riječ o supresorskom efektu među varijablama. Stoga, da bismo pojednostavili analizu, razina inteligencije neće se uzeti u izračun kompozitne varijable, već samo mjera koncentracije i ukupno pamćenje. Ujedno, možemo vidjeti kako se skupine remitiranih i neremitiranih sudionika najviše razlikuju prema ukupnom pamćenju i mjeri koncentracije te je i ovdje također, prema preporuci Harrisa (151), kreirana pojednostavljena kompozitna varijabla koja se sastoji od zbroja ukupnog pamćenja i mjere koncentracije kao varijable s najvećim doprinosom razlikovanju među skupinama sudionika. Veći rezultat kompozita ukazuje na bolje kognitivno funkcioniranje. Prema tome, kompozit je nazvan „Kognitivni čimbenici". Kompozit uvelike razlikuje navedene dvije skupine ($t = 2,64$, $df = 52,82$, $p < 0,01$) što odgovara Cohenovom d koeficijentu veličine učinka $d = 0,73$ (srednji efekt).

Tablica 5.31. Standardizirani koeficijenti diskriminativne funkcije – MANOVA II

Kognitivni čimbenici	w
Ukupno pamćenje	0,36290
Razina inteligencije	-0,37854
Mjera koncentracije	0,91796

U trećoj MANOVA-i zavisne su varijable predstavljale socioemocionalne varijable: samoefikasnost, emocionalnu kompetenciju – upravljanje, percepciju i izražavanje; strategije suočavanja – usmjerene na zadatak, usmjerene na emocije, usmjerene na izbjegavanje, socijalnu diverziju i distrakciju te izvor kontrole zdravlja – internalni izvor kontrole, utjecaj važnih drugih, utjecaj sudbine te utjecaj okolnosti, dok se za nezavisnu varijablu koristila remisija (pripadnost skupini remitiranih ili neremitiranih sudionika).

Rezultati MANOVA-e nisu statistički značajni; Wilks' Λ (0,87), $F(13, 88) = 1,01$, $p > 0,05$. Statistički neznačajan F-omjer vrlo je vjerojatno posljedica izrazito povezanih zavisnih varijabli. Kao što se vidi iz tablica 5.7., 5.8. i 5.9. (Mann-Whitney U test i Studentov t-test), neke varijable jesu statistički značajne, no u kombinaciji s drugim zavisnim varijablama, cijeli model diskriminacije gubi na značajnosti. Nadalje, Royev najveći karakteristični korijen je statistički značajan ($S = 1$, $M = 5\ 1/2$, $N = 43$, $p < 0,001$) te ukazuje da nezavisna i zavisne varijable dijele svega 5 % zajedničke varijance.

Tablica 5.32. prikazuje standardizirane diskriminativne koeficijente funkcije. Tablica standardiziranih koeficijenata diskriminativne funkcije jasno ukazuje kako su visoke povezanosti među zavisnim varijablama problem u kreiranju kompozita kojim bi se ove dvije skupine mogle najbolje predvidjeti. Vrlo je vjerojatno da je odnos između emocionalne inteligencije, samoefikasnosti, strategija suočavanja sa stresom i izvora kontrole složen te bi se trebao naknadno ispitati. Stoga će se, baš kao i u prethodnoj analizi, odabrati samo one varijable za kreiranje kompozita koje su statistički značajne na razini od 5 % u analizi t-testa. Prema tim se podatcima skupine remitiranih i neremitiranih najviše razlikuju prema razini samoefikanosti i korištenju strategije izbjegavanja u suočavanju sa stresom, dok se ostale psihosocijalne varijable približavaju brojci 0 te ne doprinose razlikovanju ovih dviju skupina

sudionika. Prema preporuci Harrisa (151), kreirana je pojednostavljena kompozitna varijabla koja se sastoji od zbroja samoefikasnosti i izbjegavanja, kao varijable s najvećim doprinosom razlikovanju među skupinama sudionika. Veći rezultat kompozita ukazuje na veću percepciju samoefikasnosti i češće korištenje strategije izbjegavanja. Prema tome, kompozit je nazvan „Socioemocionalni čimbenici“**.** Kompozit uvelike razlikuje navedene dvije skupine ($t = 0,42$, $df = 100$, $p < 0,02$), što odgovara Cohenovom d koeficijentu veličine učinka $d = 0,48$ (umjereni efekt).

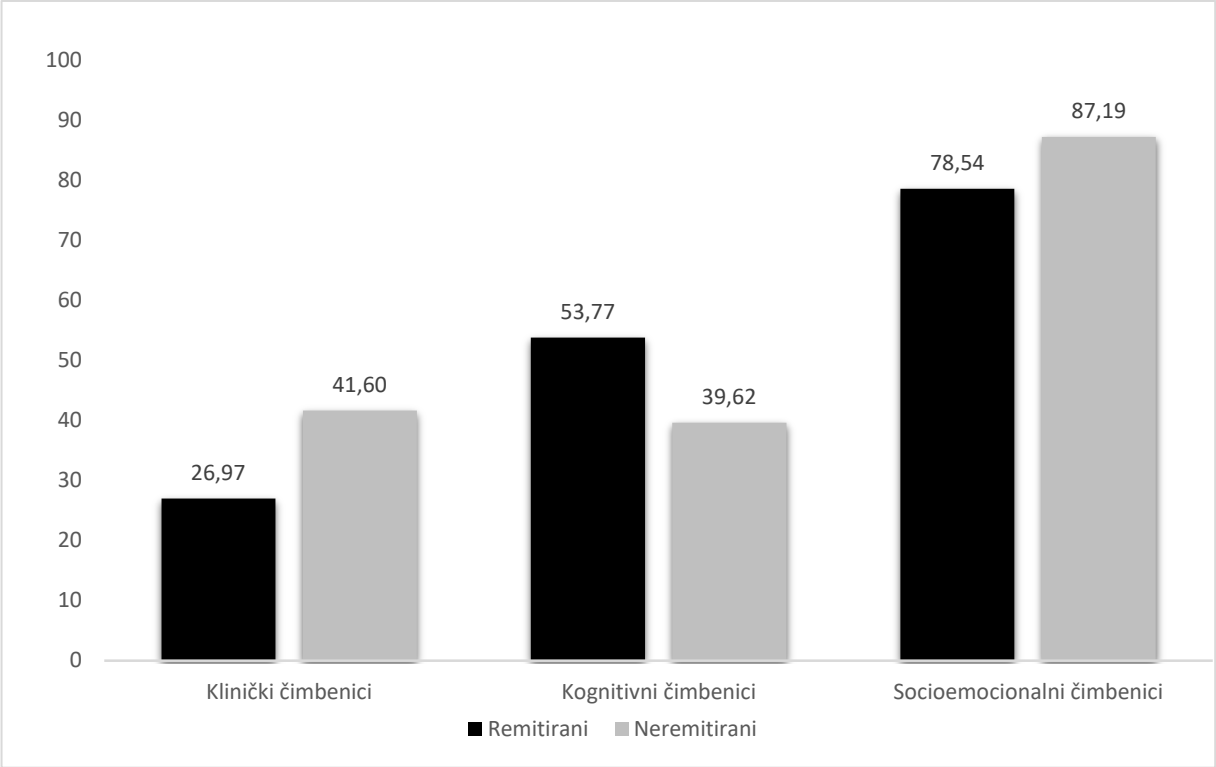
Tablica 5.32. Standardizirani koeficijenti diskriminativne funkcije – MANOVA III

Socioemocionalni čimbenici	w
Samoefikasnost	-0,63371
UEK- upravljanje	0,57099
UEK- percepcija	0,51710
UEK- izražavanje	-0,36151
Strategije suočavanja usmjerene na zadatak	-0,31617
Strategije suočavanja usmjerene na emocije	0,42382
Strategije suočavanja usmjerene na izbjegavanje	-1,54564
Izbjegavanje - socijalna diverzija	0,47692
Izbjegavanje - distrakcija	0,66741
Internalni izvor kontrole	-0,38281
Utjecaj važnih drugih	0,03475
Utjecaj sudbine	-0,14405
Utjecaj okolnosti	0,38535

Od svih kliničkih, kognitivnih i socioemocionalnih nezavisnih varijabli uključenih u gore navedene tri analize, samo one korištene za izračun kompozita (klinički: rezultati pozitivne i negativne skale PANSS-a prilikom otpusta; kognitivni: ukupno pamćenje i mjera

koncentracije te socioemocionalni: samoefikasnost i strategija izbjegavanja) čine razliku među skupinama (Slika 3).

Slika 3. Prikaz kompozita između skupina



6. RASPRAVA

Glavni je cilj ovoga istraživanja bio ispitati u kojoj su mjeri različite psihosocijalne varijable povezane s terapijskim učinkom (remisija) i terapijskim ishodom (mjera procjene kvalitete života) kod oboljelih od shizofrenije.

6.1. Demografske i kliničke značajke uzorka

Uzimajući u obzir strukturu našeg prigodnog kliničkog uzorka, ona se uvelike poklapa sa strukturom uzoraka brojnih istraživanja o shizofreniji te povezanosti demografskih značajki s učestalošću, pojavnošću i terapijskim učincima (25, 36, 43, 129, 130). Naime, u našem uzorku pronalazimo gotovo jednak broj muškaraca i žena, što je u skladu s činjenicom da je shizofrenija jednako proširena među spolovima (131). Sudionici u najvećem broju imaju završenu srednju školu, a u najmanjem broju višu ili visoku školu. Sudionici su u najvećoj mjeri nezaposleni (84,3 %), značajno je više onih koji nisu u braku (74,5 %) te onih koji žive u primarnoj obitelji (uz roditelje, braću, sestre ili rođake) (61,8 %). Oboljeli od shizofrenije većinom su samci, rijetko stupaju u bračnu zajednicu jer nisu u stanju ostvariti i održati dužu emocionalnu vezu. Najčešće žive s roditeljima, a kada roditelji više nisu u stanju brinuti o njima, prepušteni su sami sebi te tada ubrzo trebaju tuđu pomoć i institucionalno zbrinjavanje (25). Više od polovine sudionika ne uzdržava se samostalno te ih veći broj dolazi iz urbane sredine, u odnosu na ruralnu. Vrlo sličnu strukturu sudionika prema demografskim obilježjima pronalazimo u istraživanju Carona i sur. na kanadskom uzorku oboljelih od shizofrenije, pri čemu je u njihovome istraživanju nešto veći broj onih koji se ne uzdržavaju sami, u odnosu na naše istraživanje (36). Također je i na portugalskom uzorku od 268 oboljelih od shizofrenije dobivena vrlo slična struktura, uz razliku u stupnju obrazovanja oboljelih, pri čemu se u njihovome uzorku pronalazi najveći broj sudionika koji su završili osnovnu školu (43).

Iz rezultata je razvidno kako se u uzorku nalazi veći broj neremitiranih sudionika (62 %), što je bilo u skladu s očekivanjima, s obzirom na to da su simptomatski kriteriji remisije određeni prema Andreasen i suradnicima (117). Naime, kriteriji remisije prema Andreasenu i sur. procjenjuje se strožim u odnosu na ranije postavljene kriterije (Lieberman i

sur.), a veća strogost znači da će manje pacijenata ispuniti kriterije remisije. Međutim, pretpostavlja se da oni oboljeli koji ih ispunjavaju, imaju bolji klinički status. Stoga je također vjerojatno da će kriteriji remisije s većom striktnošću pokazivati bolju predvidivost za bolji terapijski ishod (132). Četvrtini oboljelih iz uzorka u trenutku ispitivanja bila je prva hospitalizacija u životu, gotovo polovini druga do četvrta hospitalizacija, a ostatku peta ili više. Najveći broj pacijenata liječi se deset i više godina. U našem su uzorku oboljeli u najvećoj mjeri liječeni antipsihoticima druge generacije (46 %), 16 % antipsihoticima prve gereracije, dok je 38 % pacijenata liječeno kombinacijom antipsihotika prve i druge generacije. Dakle, najviše je oboljelih bilo na terapiji antipsihoticima druge generacije. Ovakav je nalaz bio i očekivan, zato što antipsihotici druge generacije u današnje vrijeme predstavljaju prvu liniju antipsihotičke terapije kod oboljelih od shizofrenije i postupno potiskuju antipsihotike prve generacije iz svakodnevne kliničke prakse (16).

6.2. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema psihosocijalnim čimbenicima

6.2.1. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema kognitivnim čimbenicima

Brojna istraživanja neurokognitivnih deficita kod osoba oboljelih od shizofrenije jednoznačno pokazuju, neovisno o kulturnoj pripadnosti, kako oboljele osobe pokazuju tzv. generaliziranu disfunkcionalnost, tj. postižu značajno slabije rezultate od zdravih sudionika u gotovo svim neurokognitivnim zadatcima (67). Uspoređujući kognitivne funkcije između remitiranih i neremitiranih bolesnika, iz rezultata je razvidno kako neremitirani sudionici postižu značajno lošije rezultate od remitiranih, što je u skladu s nalazima brojnih istraživanja u kojima je ispitivana povezanost kognitivnih deficita s izraženošću simptoma te ishodima bolesti (137 - 141).

Iako se, uspoređujući razinu inteligencije (IQ) u centilima, nije pokazala značajna razlika, ona se pokazala značajnom prilikom usporedbe različitih kategorija inteligencije. Naime, rezultati pokazuju kako je u skupini neremitiranih značajno više sudionika ispodprosječne inteligencije. Postoje brojna istraživanja čiji rezulati idu u prilog našim rezultatima (132 - 140). Rezultati dviju meta-analiza utvrđuju kako je lošiji intelektualni status

pozitivno povezan s ozbiljnošću simptoma kod oboljelih od shizofrenije (133, 139).

Mjera koncentracije u ukupnom uzorku, kao i po skupinama oboljelih od shizofrenije, odgovara ispodprosječnoj, što je također u skladu s nalazima ranijih istraživanja (133, 134). Uspoređujući mjeru koncentracije između skupina, dobiven je značajno niži rezultat u skupini neremitiranih u odnosu na remitirane. Ovaj je rezultat u skladu s nalazom Brickenkampa i Humperta koji su utvrdili značajno smanjeno postignuće kod shizofrenih pacijenata s većim brojem izraženih simptoma (121). Još jedno zanimljivo istraživanje na njemačkome uzorku oboljelih od shizofrenije utvrđuje kako remitirana skupina sudionika pokazuje veći premorbidni IQ i bolji učinak na testu opterećenja pažnje, uz manji rezultat na pozitivnoj skali PANSS-a, u odnosu na skupinu neremitiranih sudionika. Istraživači zaključuju kako su rezultati na testu opeterećenja pažnje i početni pozitivni simptomi bili najbolji prediktori remisije (141).

Rezultati ispitivanja pamćenja kod oboljelih od shizofrenije, u usporedbi s podatcima standardizacije na zdravoj populaciji, ukazuju na značajno lošiji učinak oboljelih na testu kratkoročnog verbalnog pamćenja. Usporedbom prema terapijskom ishodu, dobiven je značajno niži rezultat kratkoročnog verbalnog pamćenja u skupini neremitiranih u odnosu na remitirane. Rezultat sličan našemu dala je studija Lepage i sur., koji su istraživali odnos neurokognitivnih funkcija prema simptomatskom i funkcionalnom ishodu bolesti. Autori ističu kako je verbalno pamćenje jedan od najsnažnijih čimbenika simptomatskog ishoda u prvoj epizodi shizofrenije (142). Chang i sur. također potvrđuju značajnu povezanost verbalnog pamćenja s postignutom remisijom (144). Međutim, također navode da, unatoč značajnoj povezanosti verbalnog pamćenja s kliničkom remisijom kod prve epizode shizofrenije, ne daje značajan doprinos funkcionalnom oporavku (143).

6.2.2. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema emocionalnoj kompetentnosti i percepciji samoefikasnosti

Emocionalna je kompetentnost (inteligencija) prema istraživanjima u području zdravlja općenito, povezana s primjerenijim strategijama suočavanja sa stresom, boljom socijalnom kognicijom te bržim oporavkom od negativnih emocionalnih stanja (78, 79, 80, 166, 167, 168). U našem uzorku, razina ukupne emocionalne kompetencije, kao i njezinih

dimenzija (percepcije i prepoznavanja, izražavanja i upravljanja emocijama) usporediva je s rezultatima drugih istraživanja u našoj i stranim zemljama (169). Usporedba rezultata s normativnim podatcima ukazuje na to da oboljeli od shizofrenije iz našeg uzorka ne postižu nižu razinu emocionalne inteligencije u odnosu na zdravu populaciju. Isti trend pronalazimo također u spolnim razlikama, pri čemu ženske oboljele osobe postižu značajno viši rezultat na dimenziji percepcije emocija. U kroskulturalnoj studiji Takšića i sur. (169, 170, 171), u kojoj je sudjelovalo preko 4300 ispitanika različite dobi u devet zemalja na trima kontinentima, nedvojbeno je u svim zemljama utvrđena razlika na dimenziji percepcije (prepoznavanja) emocija. Na dimenziji izražavanja emocija spolne su razlike nađene samo u trima zemljama, Sloveniji, Japanu i Španjolskoj. Ovakav nalaz ne potvrđuje nalaze ranijih istraživanja u kojima je pronađena značajno niža razina emocionalne kompetencije kod oboljelih od shizofrenije (172, 173, 175, 176). Rezultati na dimenzijama emocionalne kompetentnosti ujednačene su u našem uzorku. Suprotno našoj pretpostavci, skupine remitiranih i neremitiranih sudionika ne razlikuju se po razini ukupne emocionalne kompetencije, kao ni na njezinim dimenzijama. U ranijim je istraživanjima pronađena povezanost između razine emocionalne kompetencije i razine izraženosti simptoma (173, 177). Za ove neočekivane rezultate možemo ponuditi nekoliko mogućih objašnjenja. Prvo moguće objašnjenje je da su ovakvi rezultati posljedica slabog uvida oboljelih u bolest te njezin utjecaj na postojeće emocionalne kapacitete. Također, moguć je medijacijski utjecaj nekih drugih čimbenika na emocionalnu kompetenciju oboljelih, koje bi trebalo dodatno istraživati (trajanje bolesti, vrijeme između pojave prvih simptoma i javljanja na liječenje…). Kao posljednje moguće objašnjenje autori upitnika emocionalne kompetencije predlažu trofaktorsku ili četverofaktorsku strukturu upitnika na zdravim pojedincima (ovisno o kulturalnoj komponenti), koja se u nekoliko istraživanja nije pokazala pogodnom na uzorku oboljelih od shizofrenije (174, 178). U oba je istraživanja dobivena dvofaktorska struktura emocionalne inteligencije kod oboljelih od shizofrenije.

Istraživanja samoefikasnosti kod oboljelih od shizofrenije naglašavaju važnost pozitivne percepcije samoefikasnosti jer ukoliko oboljele osobe ne vjeruju da će njihova ponašanja dovesti do pozitivnog ishoda, imat će vrlo malo motivacije za poduzimanje bilo kakvih akcija te će se slabije uključivati u zahtjevni proces liječenja (154). Dakle, istraživanja utvrđuju da nam upravo motivacijski procesi (tj. razina samoefikanosti) mogu pomoći u razumijevanju zašto neki oboljeli imaju dobre funkcionalne sposobnosti, ali ne funkcioniraju u

stvarnom svijetu (156). U skladu s prethodno navedenim podatcima, rezultati su i našeg istraživanja, u kojima nismo dobili značajnu razliku između percepcije samoefikasnosti između skupina remitiranih i neremitiranih sudionika (unatoč očuvanijim kognitivnim funkcijama remitirane skupine).

6.2.3. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema strategijama suočavanja

Shizofrenija je sa svojim simptomima i značajkama sama po sebi stresogeni čimbenik. Böker i suradnici (163) navode da se oboljeli od shizofrenije koriste strategijama kojima je cilj rješavanje problema pri suočavaju s poteškoćama koje proizlaze iz osnovnog poremećaja (psihotična fenomenologija, poremećaj kognicije). U našem su uzorku najzastupljenije strategije suočavanja sa stresom usmjerene na zadatak, potom strategije usmjerene na emocije, a u najmanjoj mjeri sudionici navode kako se koriste strategijama usmjerenim na izbjegavanje. Strategije suočavanja usmjerene na rješavanje problema uključuju pokušaje pojedinca da promijeni stresor u smislu suočavanja s njim te planskog rješavanja problema (91). Naši su rezultati u suprotnosti s većinom ranije prikazanih istraživanja, u kojima se relativno dosljedno pokazuje kako se oboljeli od shizofrenije koriste u najvećoj mjeri neučinkovitim strategijama suočavanja (izbjegavanje te strategije usmjerene na emocije) (87 - 89, 93 - 96). Potvrdu naših nalaza pronalazimo u istraživanju Cvetića i sur. (164). Moguće objašnjenje ovog iznenađujućeg nalaza leži u orijentiranosti primijenjenog upitnika na procese, a koji se mogu razlikovati unutar uzorka, ovisno o značajkama same shizofrenije kod pojedinca, njezina trajanja te ovisno o trenutnoj fazi bolesti u kojoj se sudionici nalaze. Ham i sur. u svome su istraživanju utvrdili kako oboljeli od shizofenije na sredini (polovini) svoga liječenja doživljavaju najveću razinu stresa, ali ujedno u toj fazi i najčešće pribjegavaju aktivnim strategijama, odnosno, strategijama usmjerenim na zadatak (92).

Neremitirani sudionici u većoj se mjeri koriste strategijom izbjegavanja i distrakcije, u odnosu na remitirane sudionike. Izbjegavanje se može podijeliti na izbjegavanje usmjereno na ljude, koje se manifestira kroz pojačano druženje s ljudima iz vlastitog socijalnog okruženja (socijalna diverzija) i usmjeravanje na novi zadatak koji nije povezan sa stresnom situacijom ili događajem (distrakcija) (125). Ovaj je nalaz sukladan ranije dobivenim

rezultatima istraživanja Lysakera i suradnika, koji utvrđuju da je izbjegavanje u većoj mjeri izraženo kod onih oboljelih s većim brojem pozitivnih i negativnih simptoma (159). Uzimajući u obzir da shizofrenija predstavlja psihijatrijski poremećaj koji utječe na percepciju, mišljenje, afekte i ponašanje te se odražava na funkcioniranje oboljelih u obitelji, na radnom mjestu i u zajednici, ne iznenađuje i podatak kako se naši sudionici češće koriste distrakcijom (skretanje pažnje na nešto drugo, nevezano za stresnu situaciju), u odnosu na socijalnu diverziju (pojačano druženje s ljudima).

6.2.4. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema izvoru kontrole zdravlja

Važnost percipiranih izvora kontrole zdravlja najviše se dovodi u vezu sa zdravstvenim ponašanjima, posebno u slučaju dugotrajnih zdravstvenih tegoba. Veća orijentiranost na unutarnje izvore kontrole zdravlja rezultira aktivnijim angažmanom oboljele osobe, boljim pridržavanjem uputa i održavanjem zdravih životnih navika, dok se vanjski izvor kontrole vezuje uz lošiju psihološku dobrobit.

U našem uzorku oboljelih od shizofrenije pronalazimo manju orijentiranost na unutarnji izvor kontrole zdravlja prema normativnim podatcima te veću orijentiranost oboljelih na utjecaj sudbine, dok se u područjima utjecaja okoline i važnih drugih osoba ne pronalaze razlike (126). Prema našim rezultatima, oboljeli od shizofrenije najviše su orijentirani utjecaju sudbine. Osobe koje u najvećoj mjeri vjeruju utjecaju slučaja/sudbine imaju generalizirano očekivanje da ishodi u velikoj mjeri ovise o sreći, sudbini ili slučajnosti te se osjećaju relativno bespomoćno u pogledu vlastitih životnih događaja jer vjeruju da oni nisu pod njihovom kontrolom. Takve će osobe teže mijenjati svoje ponašanje, zato što ne vjeruju da njime mogu utjecati na vjerojatnost željenog ishoda. Slične rezultate pronalazimo u studiji Tharkala i sur. (165) koji su uspoređivali izvor kontrole oboljelih od shizofrenije i njihovih zdravih rođaka iz prvog koljena. Nalazi njihova istraživanja pokazuju značajno veći „utjecaj sudbine“ kod oboljelih od shizofrenije te značajno veću orijentiranost na unutarnji izvor kontrole kod njihovih rođaka. Buhagiar i suradnici (105) također pronalaze kod oboljenih od shizofrenije, u odnosu na zdravu populaciju, dominaciju „utjecaja sudbine“ i „važnih drugih“, a u najmanjoj je mjeri prisutna orijentiranost na unutarnji izvor kontrole zdravlja.

Suprotno našim očekivanjima, između skupina remitiranih i neremitiranih sudionika nema značajnih razlika u percepciji izvora kontrole. S obzirom na to da su istraživanja izvora kontrole na oboljelima od shizofrenije prilično nekonzistentna, u ranijim istraživanjima možemo pronaći potvrdu našim rezultatima. Weintraub i sur. u svome istraživanju potvrđuju kako je vanjski izvor kontrole negativno povezan s procjenom psihološke dobiti, no ne potvrđuju njegovu povezanost s težinom psihotičnih simptoma (107). Ovakvi se rezultati mogu promatrati u sklopu utjecaja kulturalnih čimbenika, koji su značajni u konceptu izvora kontrole općenito.

6.2.5. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema demografskim obilježjima

Analizirajući rezultate našeg istraživanja o utjecaju sociodemografskih obilježja (spol, dob, razina obrazovanja, radni, bračni i ekonomski status) na terapijski učinak (postignuta remisija) može se zaključiti da ovi čimbenici nisu imali utjecaja na terapijski učinak na našem uzorku oboljelih od shizofrenije. Djelomičnu potvrdu ovakvih rezultata pronalazimo na indijskom uzorku oboljelih od shizofrenije, gdje također nije pronađena razlika u spolu, dobi, bračnom statusu i mjestu življenja (184). Ovaj bismo podatak mogli objasniti strukturom ukupnog uzorka o kojemu smo već ranije govorili. Naime, spomenuli smo kako su sudionici u najvećoj mjeri nezaposleni (84,3 %), značajno je više onih koji nisu u braku (74,5 %) te onih koji žive u primarnoj obitelji (uz roditelje, braću, sestre ili rođake) (61,8 %), više se od polovine sudionika ne uzdržava samostalno (51 %) te ih veći broj dolazi iz urbane sredine, u odnosu na ruralnu (36,7 %). Vjerojatno bi se na većem uzorku sudionika uočile potencijalne razlike. Uzimajući u obzir dostupne podatke iz literature, također je moguće da je na gore navedene podatke utjecala dužina neliječene psihotičnosti kod oboljelih u našem uzorku, no ova varijabla nije bila uključena u istraživanje. Različiti se autori slažu ako je dužina neliječne psihotičnosti veća, to je manja vjerojatnost dobrog terapijskog učinka antipsihotične terapije (180, 181, 182). Ovaj je nalaz objašnjen pretpostavkom da duljina akutne psihotičnosti prije uključivanja antipsihotične terapije lijekovima može odrediti „neurotoksični“ učinak koji ugrožava budući učinak liječenja. Činjenica je da dužina neliječene psihotičnosti povezana s drugim prediktorima, kao što su premorbidno

funkcioniranje i prilagodba (razina obrazovanja), vrijeme pojave prvih simptoma i izraženost simptoma na početku može doprinijeti odstupanjima u pronađenim rezultatima (183).

6.2.6. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema kliničkim čimbenicima

U odnosu na težinu kliničke slike kod prijema i otpusta iz bolnice kod remitiranih i neremitiranih sudionika, nađena je značajna razlika između skupina. Ukupni rezultat zbrojenih čestica PANSS skale pri prijemu u bolnicu kod remitiranih sudionika u prosjeku iznosi 106, a kod neremitiranih 117. Ova se razlika uočava i prilikom otpusta oboljelih iz bolnice. Nadalje, osim u ukupnom rezultatu prilikom prijema, skupine se razlikuju po izraženosti negativnih simptoma, pri čemu je kod neremitirane skupine izmjeren značajno veći rezultat. Ovi rezultati govore u prilog činjenici da je težina kliničke slike kod prijema važan prediktor remisije. Temeljem dosadašnje kliničke prakse i dostupnih podataka iz literature znamo kako shizofrenija s produktivnom slikom ima bolju prognozu od one s neproduktivnom slikom, odnosno s predominatno negativnom i deficitarnom simptomatologijom. Poznato je i kako oboljeli s više produktivnih simptoma (halucinacije, sumanute misli, bizarnosti, podijeljenost ličnosti i sl.) pokazuju povoljniji terapijski odgovor (16). Oboljeli koji u većoj mjeri manifestiraju negativnu kliničku sliku (autizam, afektivni defekt, ambivalentnost…) imaju lošiji terapijski odgovor i slabiju mogućnost uklapanja u realitet pa samim time i lošiju prognozu (185, 186).

U našem istraživanju nisu pronađene razlike između skupina po broju dosadašnjih hospitalizacija, što je u skladu s rezultatima istraživanja Chabungbama i sur. (128) te na uzorku oboljelih od shizofrenije u Indiji (184), ali se razlikuju od nalaza nekih ranijih istraživanja (135, 136). Ovaj pomalo neočekivani rezultat možemo objasniti činjenicom da se veliki broj relapsa kod oboljelih od shizofrenije liječi ambulantnim putem.

Remitirani i neremitirani se sudionici u našem istraživanju ne razlikuju prema vrsti antipsihotika uključenih u terapiju. Vrsta antipsihotične terapije za oboljele od shizofrenije glavna je tema istraživača na ovome području već nekoliko desetaka godina. I dalje se vode brojne rasprave oko njihove učinkovitosti te utjecaja na terapijske ishode. U meta-analizi Leucht i sur. (187) usporedili su devet antipsihotika druge generacije (ADG) s lijekovima prve generacije prema ukupnoj učinkovitosti, pozitivnim, negativnim i depresivnim

simptomima, recidivu, kvaliteti života, ekstrapiramidalnim nuspojavama, povećanju tjelesne težine i sedaciji. U analizu je uključeno 150 dvostruko slijepih, uglavnom kratkoročnih studija s 21 533 sudionika. Rezultati ukazuju kako su se četiri antipsihotika druge generacije pokazala boljim izborom za ukupnu učinkovitost, s malim ili srednjim veličinama učinka (amisulprid, klozapin, olanzapin i risperidon), dok ostali antipsihotici druge generacije nisu bili učinkovitiji od lijekova prve generacije, čak i za negativne simptome. Na temelju ovoga podatka zaključuju kako dominacija negativnih simptoma kod oboljelog ne može biti glavna komponenta odabira ADG-a. Antipsihotici druge generacije izazivaju manje ekstrapiramidalnih nuspojava od haloperidola (čak i pri niskim dozama). Samo su neki ADG-i izazivali manje ekstrapiramidalnih nuspojava od antipsihotika prve generacije. Uz iznimku aripiprazola i ziprasidona, ADG su u većoj mjeri utjecali na porast tjelesne težine oboljelih nego haloperidol, ali ne i u usporedbi s drugim antipsihoticima prve generacije. ADG-i su se također razlikovali u svojim sedativnim svojstvima. Zaključuju kako se ADG razlikuju u mnogim svojim svojstvima i ne čine homogenu skupinu lijekova, stoga savjetuju individualizirani tretman koji se temelji na učinkovitosti, potencijalnim nuspojavama i troškovima. Gupta nadodaje kako razdvajanje antipsihotika na prvu i drugu generaciju nije zadovoljavajuće jer termin „druga generacija“ podrazumijeva da su ti lijekovi napredniji i bolji od prethodnih. Navodi kako kod nekih pacijenta APG mogu biti učinkovitiji te s većom tolerancijom na lijek od ADG-a, stoga predlaže longitudinalne studije s mjerama ukupnog ishoda (kvaliteta života, funkcioniranje) umjesto samo simptomatskih ishoda, koje će pomoći u razumijevanju rizika i prednosti pojedinih antipsihotičnih lijekova (188).

Značajne se razlike između skupina pronalaze u trajanju bolesti. U našem je istraživanju utvrđeno kako je u skupini neremitiranih značajno više onih koji se liječe između jedne i pet godina te deset i više godina, dok se u kategoriji do jedne godine, te između pet i deset godina, ne pronalaze razlike. Ovaj rezultat samo djelomično potvrđuje hipotezu jer smo, sukladno dosadašnjim rezultatima istraživanja, očekivali da će remitirana skupina imati u većoj mjeri kraće trajanje bolesti, a neremitirana duže trajanje bolesti.

6.2.7. Usporedba remitiranih i neremitiranih sudionika prema procjeni kvalitete života

Odnos između intenziteta simptoma i kvalitete života oboljelih od shizofrenije provjeravan je relativno često. Različiti se autori slažu da je jači intenzitet simptoma povezan s lošijim procjenama kvalitete života (32, 184, 189, 190). U našem istraživanju nisu pronađene razlike u procjenama opće kvalitete života, kao ni prediktorskih varijabli između remitiranih i neremitiranih sudionika. Štoviše, uočen je trend u kojemu neremitirani postižu nešto veće, iako neznačajne, procjene kvalitete života. Dakle, sudionici neremitirane skupine, sa značajno većom izraženošću simptoma prilikom otpusta, procjenjuju svoju kvalitetu života boljom. Ovakav nalaz može biti posljedica djelovanja akutnih psihotičnih simptoma na uvid oboljelih u bolest i njezin utjecaj na svakodnevni život. Drugo je moguće objašnjenje da oni procjenjuju svoje životne okolnosti zadovoljavajućima jer im nedostaje motivacijskih kapaciteta za rad na promjenama (35).

Odrađeni broj autora navodi kako se kriteriji remisije Andreasena i suradnika odnose isključivo na simptomatsku remisiju, ali ne i na funkcionalnu (191 - 194). Rezultati njihovih istraživanja pokazuju kako, unatoč postignutoj remisiji prema kriterijima, nema poveznice između postignute remisije i viših procjena kvalitete života kod remitiranih pacijenta (192, 193). San i sur. zaključuju kako se simptomatska remisija ni u kojem slučaju ne smije poistovjećivati s adekvatnim socijalnim i radnim funkcioniranjem (194). Remmington i Kapur čak se protive nazivu „kriteriji remisije“ jer opisuju oboljele koji zadovoljavaju kriterije remisije, a pri tome manifestiraju niz kognitivnih smetnji, socijalno su izolirani, nezaposleni te marginalizirani (195).

6.3. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika sa psihosocijalnim čimbenicima

Usporedbom s normativnim podatcima te podatcima istraživanja na zdravoj populaciji u našoj zemlji uočava se da oboljeli od shizofrenije postižu značajno nižu kvalitetu života u svim domenama, što je posve očekivan nalaz (42, 127, 196, 197).

Ispitivanje povezanosti kvalitete života i psihosocijalnih čimbenika kod oboljelih od

shizofrenije u većini ne potvrđuje naša očekivanja.

6.3.1. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i kognitivnih čimbenika

Naša se pretpostavka o višoj kvaliteti života kod oboljelih više intelektualne razine, bolje koncentracije te veće razine pamćenja nije potvrdila.

Prema rezultatima našeg istraživanja nema povezanosti između intelektualne razine i zadovoljstva životom kod obiju skupina sudionika. Ovaj se rezultat može objasniti veličinom uzorka jer se u rezultatima može uočiti trend veće povezanosti intelektualne razine i općeg zadovoljstva životom, kao i veće povezanosti s prediktorskim varijablama kod remitirane skupine. U odnosu na ovaj nalaz, možemo pretpostaviti da bi se na većem uzorku ove razlike pokazale statistički značajnima.

Odnos kvalitete života i mjera koncentracije kod oboljelih od shizofrenije relativno je često istraživan (68 - 72, 198 - 200). Mjera koncentracije kod remitiranih sudionika nije značajno povezana ni s jednim područjem kvalitete života, dok je u skupini neremitiranih sudionika mjera koncentracije značajno povezana s procjenom općeg zadovoljstva životom. Ovakav nalaz samo djelomično potvrđuje našu pretpostavku.

Razina pamćenja kod naših sudionika također nije značajno povezana sa subjektivnom procjenom kvalitete života oboljelih od shizofrenije.

Dosadašnji su nalazi odnosa kvalitete života oboljelih od shizofrenije i neurokognitivnih funkcija uvelike nedosljedni te sugeriraju kako je odnos između ovih varijabli vjerojatno puno složeniji. Fujii (73) zaključuje kako su očuvane neurokognitivne funkcije značajni prediktori kvalitete života oboljelih od shizofrenije. Međutim, Lysaker u svome istraživanju otkriva kako lošije verbalno pamćenje oboljelih utječe na veću razinu nade i osjećaja blagostanja (201). U svome istraživanju Prouteau i sur. također navode kako lošija pažnja oboljelih od shizofrenije prognozira veće zadovoljstvo životom (202). Chino i sur. (158) ne pronalaze značajnu povezanost između kognitivnih varijabli i subjektivnih procjena kvalitete života kod oboljelih. U relativno novijoj meta-analitičkoj studiji provjeravan je odnos neurokognitivnih čimbenika i kvalitete života oboljelih od shizofrenije (203). Analiza 20 studija na ukupno 1615 sudionika oboljelih od shizofrenije utvrđuje razmjerno male i

umjerene odnose ($d \leq 0,55$) između kristalizirane verbalne inteligencije, radnog pamćenja, brzine obrade informacija, izvršnih funkcija i objektivnih mjera kvalitete života. Nasuprot tome, autori utvrđuju ili neznačajne ili suprotne odnose za veliku većinu neurokognitivnih čimbenika i mjera subjektivne kvalitete života.

Ovi se paradoksalni rezultati mogu objasniti pretpostavkom da oboljeli od shizofrenije s neurokognitivnim deficitima nisu u stanju prepoznati vlastite socijalne kapacitete. Drugim riječima, neurokognitivni deficiti mogu štititi oboljele od osjećaja beznađa koji je posljedica točne i realistične procjene vlastitoga stanja. Međutim, još uvijek nema jednoznačnih rezultata jer se rezultati studija razlikuju ovisno o brojnim karakteristika oboljelih od shizofrenije uključenih u istraživanja.

6.3.2. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika, emocionalne kompetencije i samoefikasnosti

Emocionalna se kompetencija (EK) oboljelih od shizofrenije u ranijim istraživanjima u najvećoj mjeri povezivala sa strategijama suočavanja sa stresom i funkcionalnim ishodima, a provedeno je svega nekoliko studija u kojima se provjeravao odnos emocionalne kompetencije i kvalitete života. Aunjitsakul i sur. na tajlandskom uzorku oboljelih od shizofrenije potvrđuju povezanost ukupne EK, kao i njezinih dimenzija sa subjektivnom procjenom općeg zadovoljstva životom (80), što je slučaj i u našem istraživanju na ukupnom uzorku oboljelih. Međutim, prema terapijskom učinku, razina ukupne emocionalne kompetentnosti značajno je pozitivno povezana s općom kvalitetom života i s prediktorskim varijablama samo u skupini neremitiranih sudionika, dok se u skupini remitiranih ne pronalaze značajne povezanosti. U slučaju pojedinih dimenzija emocionalne kompetentnosti, najviše se značajnih povezanosti nalazi između upravljanja emocijama i kvalitete života. Dimenzija upravljanja emocijama značajno je pozitivno povezana s općim zadovoljstvom životom, kao i prediktorskim varijablama kod obiju skupina sudionika. Dimenzija izražavanja emocija, kao i prepoznavanja emocija značajno je pozitivno povezana s prediktorskim varijablama kvalitete života u skupini neremitiranih sudionika. Baslet i suradnici ispitivali su odnos emocionalne svjesnosti i izraženosti simptoma shizofrenije te utvrdili kako između boljeg razumijevanja vlastitog emocionalnog stanja i viših ukupnih rezultata na PANSS-u postoji značajna pozitivna

povezanost. U istom istraživanju nije pronađena povezanost između sposobnosti opisivanja vlastitih emocija i izraženosti simptoma (204). Ovaj pomalo iznenađujući rezultat u kojemu su emocionalna kompetencija i njezine dimenzije u većoj mjeri povezane s kvalitetom života kod neremitiranih sudionika, možemo objasniti karakteristikama upitnika i uvidom sudionika. Naime, s obzirom da se UEK upitnik temelji na samoiskazu sudionika, moguće je da su remitirani sudionici u većoj mjeri bili sposobni primijetiti vlastite emocionalne deficite i davali realnije procjene od neremitiranih sudionika.

Analiza odnosa samoefikasnosti i kvalitete života potvrđuju našu hipotezu da oboljeli od shizofrenije s višim procjenama samoefikasnosti procjenjuju svoju kvalitetu života većom. U našem je istraživanju kod obiju skupina pacijenata razina samoefikasnosti značajno pozitivno povezana s općom kvalitetom života, kao i s prediktorskim varijablama kvalitete života. Naši su rezultati u skladu s nalazima ranijih istraživanja (157, 158) u kojima se dosljedno pokazuje značajna pozitivna povezanost između percepcije samoefikasnosti i procijenjene kvalitete života kod oboljelih od shizofrenije.

6.3.3. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i strategija suočavanja

Odnos strategija suočavanja i kvalitete života oboljelih od shizofrenije predmet je ispitivanja već dugi niz godina. Moderni psihijatrijski pristupi u liječenju oboljelih od shizofrenije stavljaju naglasak na ispitivanje povezanosti kvalitete života sa strategijama suočavanja sa stresom. Iz dosada opisanih istraživanja, može se zaključiti kako oboljeli od shizofrenije imaju poteškoća u suočavanju s brojnim stresovima, što značajno utječe na njihovu kvalitetu života. Istraživanja potvrđuju izbjegavanje i socijalnu diverziju kao najčešće korištene, neadekvatne strategije suočavanja te ih dovode u korelaciju s lošijim procjenama kvalitete života (97 - 99).

Rezultati našeg istraživanja djelomično potvrđuju očekivanja. Među načinima suočavanja sa stresom nalaze se značajne povezanosti između strategija usmjerenih na zadatak te socijalne diverzije s općim zadovoljstvom kvalitete života te prediktorskim varijablama kvalitete života kod skupine neremitiranih sudionika. U skupini remitiranih sudionika

uočavamo negativnu povezanost sa strategijama usmjerenima na emocije, no ta se povezanost nije pokazala statistički značajnom.

Potvrdu naših rezultata pronalazimo u istraživanju Holubove i sur. (99) u kojem su ispitivali povezanost demografskih obilježja, težine simptoma, strategija suočavanja i subjektivne kvalitete života na 109 pacijenata oboljelih od shizofrenije. Rezultati istraživanja pokazuju značajnu pozitivnu povezanost s primjerenim i neprimjerenim strategijama suočavanja te negativnu povezanost s težinom simptoma. Nadalje, utvrđuju kako težina bolesti, primjerene i neprimjerene strategije suočavanja objašnjavaju preko 50 % varijance kvalitete života.

Ovakav je trend povezanosti uočen i u nekoliko istraživanja među zdravim sudionicima. Tako su se u studiji Mathenyja i sur. (205) strategije suočavanja i percipirani stres pokazali dobrim prediktorima zadovoljstva kvalitetom života. Autori utvrđuju da se s većom percepcijom stresa koristi više strategija suočavanja (primjerenih i neprimjerenih) te one time postaju bolji prediktori zadovoljstva životom. Slični se rezultati pronalaze u još jednom istraživanju u kojemu je dokazana povezanost između subjektivnih procjena zadovoljstva životom i različitih strategija suočavanja, a u najvećoj mjeri suočavanja usmjerenog na problem (206).

Najnovija istraživanja iz ovoga područja sugeriraju ponešto drugačiji odnos između ispitivanih varijabli. Naime, Zappia i sur. (207) na talijanskom uzorku oboljelih od shizofrenije ispitivali su odnos strategija suočavanja s kliničkim i funkcionalnim varijablama, ali su istovremeno provjeravali i u kojoj mjeri potonji doprinose objašnjenju strategija suočavanja kod oboljelih. Autori utvrđuju da su depresivni simptomi i objektivna procjena kvalitete života čimbenici koji objašnjavaju 32 % varijance strategija usmjerenih na zadatak. Nadalje, utvrđuju da 60 % varijance strategija usmjerenih na emocije objašnjavaju negativni simptomi, subjektivna procjena kvalitete života, samopoštovanje, uvid te atribucije simptoma bolesti.

Dakle, brojne studije nedvojbeno zaključuju o povezanosti strategija suočavanja i kvalitete života, no unatoč tomu, ne možemo bezrezervno donositi zaključke o uzročno-posljedičnoj povezanosti između tih dviju varijabli.

6.3.4. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i izvora kontrole zdravlja

Dosadašnja su istraživanja izvora kontrole zdravlja pokazala da izvor kontrole zdravlja ima važnu ulogu i u psihološkoj i u psihosocijalnoj kontroli zdravlja. Također je relativno dosljedno utvrđena pozitivna povezanost unutarnjih izvora te negativna povezanost vanjskih izvora s kvalitetom života. Hussey i Gilliland u svom istraživanju utvrđuju da osobe s unutarnjim izvorom kontrole pokazuju veću razinu brige za zdravlje i u većoj se mjeri drže preporuka vezanih uz zdravstvena ponašanja, dok se vanjski izvor kontrole češće nalazi kod osoba koje pokazuju nižu razinu brige za zdravlje te kod ovisnika (103). Osobe s unutarnjom orijentacijom izvora kontrole imaju više povjerenja u svoje sposobnosti i mogućnosti rješavanja problema nego osobe s vanjskom orijentacijom izvora kontrole, kod kojih se ujedno pronalazi i niže samopoštovanje te više razine depresivnosti i anksioznosti (104).

U slučaju shizofrenije, malobrojna su istraživanja u kojima se povezivao odnos izvora kontrole zdravlja i kvalitete života te su rezultati dosadašnjih studija prilično nekonzistentni. Dio studija u kojima je ispitivan odnos različitih psihosocijalnih čimbenika na kvalitetu života oboljelih od shizofrenije ne pronalazi povezanost između subjektivnih procjena kvalitete života oboljelih i izvora kontrole zdravlja (208, 209). Bechdolf i sur. (211) ne pronalaze izravnu vezu izvora kontrole zdravlja i kvalitete života, ali tvrde kako je vanjski izvor kontrole zdravlja važan medijator odnosa depresivnosti i kvalitete života oboljelih. Suprotno tome, Nakamura i sur. (210) tvrde kako je unutarnji izvor kontrole dobar prediktor općeg zadovoljstva životom i samoefikasnosti oboljelih od shizofrenije.

Procjena povezanosti kvalitete života i percipiranih izvora kontrole zdravlja u našem je istraživanju pokazala postojanje značajne negativne povezanosti u slučaju utjecaja sudbine kod skupine remitiranih sudionika. Dakle, viša je ocjena važnosti utjecaja sudbine u kontroli zdravlja značajno negativno povezana s općim zadovoljstvom života remitirane skupine. Ovakvi su rezultati očekivani, s obzirom da vjerovanje u presudni značaj sudbine po pitanju vlastitog zdravlja, a bez mogućnosti ikakve kontrole i utjecaja, prati visok stupanj nezadovoljstva i bespomoćnosti.

6.3.5. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i demografskih obilježja

Postoje brojne studije o povezanosti sociodemografskih čimbenika i subjektivne kvalitete života. Iako većina istraživanja pokazuju da su povezanosti relativno niske i da sociodemografske varijable objašnjavaju tek mali dio varijance subjektivne kvalitete života, u dijelu istraživanja utvrđeno je kako pojedini čimbenici utječu na subjektivnu procjenu kvalitete života i na općoj populaciji i na uzorku oboljelih od shizofrenije (196, 212).

U našem je istraživanju kvaliteta života relativno ujednačena po spolu, odnosno nisu pronađene značajne razlike. Uočava se trend u kojemu ženske remitirane sudionice imaju nešto višu procjenu općeg zadovoljstva kvalitetom života. Ovaj je trend u skladu s ranije spominjanim studijama u kojima su pronađene više procjene subjektivne kvalitete života kod ženskih sudionica oboljelih od shizofrenije (35, 36). Za razliku od ovih istraživanja, objavljene su i studije koje pokazuju da nema razlika u procjeni kvalitete života u odnosu na spol (213), no ima i onih koje pokazuju potpuno drugačije rezultate, u kojima muški oboljeli postižu više procjene kvalitete života od ženskih (214).

Istraživanja kvalitete života i dobi na općoj populaciji općenito pokazuju negativnu povezanost (196). Iako je sličan odnos pronađen i kod oboljelih od shizofrenije u nekim istraživanjima (215, 216), najnovija istraživanja ukazuju da stariji pacijenti s psihotičnim poremećajima pokazuju veće zadovoljstvo kvalitetom života u odnosu na mlađe pacijente (31, 32) ili da razlike između ovih dviju skupina nema (43). U našem istraživanju nije potvrđena značajna povezanost između dobi i kvalitete života. Uočeno je da s povećanjem dobi, sudionici iz obiju skupina, procjenjuju svoju kvalitetu života manjom, no povezanost nije statistički značajna.

Određeni broj istraživanja povezanosti razine obrazovanja i kvalitete života osoba oboljelih od shizofrenije utvrđuje negativnu povezanost između razine obrazovanja i kvalitete života, dok druga skupina istraživača utvrđuje kako su obrazovaniji pacijenti zadovoljniji svojim životom u usporedbi s manje obrazovanima (36, 216). Rezultati koje smo dobili nisu potvrdili našu pretpostavku o povezanosti razine obrazovanja i kvalitete života. Naime, uočava se trend većeg općeg zadovoljstva životom, kao i prediktorskim varijablama kod visoko obrazovanih sudionika iz obiju skupina, no ova se razlika nije pokazala značajnom. Ovaj se

trend može najvjerojatnije objasniti činjenicom da je viša razina obrazovanja obično povezana s višom razinom inteligencije i drugim kognitivnim čimbenicima, a koji također pokazuju pozitivan trend povezanosti s kvalitetom života. Također, u uskoj se vezi sa stupnjem obrazovanja nalaze i radni status te ekonomska neovisnost koji su jasni prediktori kvalitete života.

Radni se status pokazao iznimno važnim prediktorom kvalitete života osoba sa shizofrenijom i drugim psihotičnim poremećajima (32, 36). Njihova je kvaliteta života značajno bolja ukoliko imaju bilo kakvo zaposlenje, no nažalost vrlo često te su osobe nezaposlene (37), što jasno pokazuje radni status naših sudionika u istraživanju. Zaposleni, remitirani sudionici našeg istraživanju imaju značajno bolje procjene općeg zadovoljstva kvalitetom života, kao i zadovoljstva prediktorskim varijablama od nezaposlenih. U skupini neremitiranih uočava se isti trend, no razlika nije značajna. Ovakav je nalaz u skladu s očekivanjima jer je aktivni radni status vezan uz zadovoljenje više razina potreba (materijalne, socijalne, afirmacijske), kao i za doživljavanje veće razine pozitivnih emocija (217). U skladu s navedenim podatcima Switaj i sur. (115) u svojoj meta-analizi potvrdili su povezanost aktivnog radnog statusa s boljim društvenim funkcioniranjem, kvalitetom života i samopoštovanjem te s nižim razinama simptoma, ali istodobno su istaknuli nedostatak dokaza za donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnim odnosima. Usko je vezana uz radni status i financijska samostalnost. Remitirani sudionici koji se sami uzdržavaju, u odnosu na one koji ovise o drugima ili socijalnoj pomoći, procijenili su kvalitetu života značajno višom u području prediktorskih varijabli. I u području općeg zadovoljstva životom uočava se isti trend, no ne za značajnoj razini.

Istraživanje bračnog statusa i kvalitete života u našem uzorku samo djelomično potvrđuje pretpostavku. Naime, sudionici koji su u braku izvještavaju o višim razinama i u području općeg zadovoljstva kvalitetom života i u području prediktorskih varijabli kod obiju skupina, no jedino se značajnom pokazala razlika između oženjenih i neoženjenih neremitiranih sudionika u području prediktorskih varijabli kvalitete života. Dobiveni je trend u skladu s nalazima drugih istraživača koji navode da oboljeli od shizofrenije često nisu u bračnim ili partnerskim zajednicama, žive sami ili u primarnoj obitelji, a mnogima su jedini socijalni kontakti oni koje ostvaruju unutar najuže obitelji, što značajno utječe na njihovu

procjenu kvalitete života (40). Uzimajući u obzir obiteljske okolnosti oboljelih od shizofrenije može se uočiti trend najviše procjene i općeg zadovoljstva životom te prediktorskih varijabli kod remitiranih sudionika koji žive uz supružnika i/ili vlastitu djecu. U skupini neremitiranih sudionika, uočava se najviša procjena općeg zadovoljstva životom kod onih koji žive u primarnoj obitelji, dok prediktorske varijable najvišim procjenjuju sudionici u braku tj. oni koji žive uz supružnika i /ili djecu, u objema skupinama. Oboljeli koji žive sami najlošije ocjenjuju svoju kvalitetu života u svim područjima te u objema skupinama. Ovakvi se rezultati pronalaze i u drugim istraživanjima (40, 218) pri čemu autori ovakve nalaze vide kao dokaz njihove socijalne isključenosti, marginalizacije i općenito slabije socijalne interakcije.

Mjesto stanovanja nije značajno povezano s procjenama kvalitete života kod oboljelih u našem istraživanju.

Iako su sociodemografski čimbenici u našem istraživanju samo djelomično povezani s procjenama kvalitete života, možemo zaključiti kako su radni i bračni status, razina obrazovanja te financijska neovisnost čimbenici koji pozitivno utječu na procjene kvalitete života među oboljelima. Upravo je zbog toga važno da se tijekom psihosocijalnih intervencija uzimaju u obzir i ovi čimbenici, povećavajući mrežu socijalne potpore te promicanjem radnih i okupacijskih aktivnosti kod oboljelih.

6.3.6. Povezanost kvalitete života remitiranih i neremitiranih sudionika i kliničkih čimbenika

Ispitali smo povezanost kvalitete života s određenim kliničkim čimbenicima, o čijoj povezanosti postoji najveći broj nekonzistentnih nalaza. Među njima najčešće se spominju trajanje bolesti, ukupna dužina liječenja, vrsta antipsihotika, broj hospitalizacija tijekom života te izraženost simptoma.

Rezultati uglavnom ne potvrđuju naše pretpostavke o povezanosti kliničkih čimbenika s kvalitetom života. U slučaju trajanja bolesti ne pronalaze se značajne razlike između trajanja bolesti i procjene kvalitete života. Uočava se trend postojanja više procjene općeg zadovoljstva životom u skupini remitiranih s najkraćim trajanjem bolesti, a najniža je kod onih

koji se liječe između jedne i pet godina. Također, ne pronalaze se značajne razlike između broja hospitalizacija i procjene kvalitete života između njih. Ovdje također uočavamo trend da remitirani sudionici s najvećim brojem hospitalizacija procjenjuju kvalitetu života u svim područjima najmanjom. Prema vrsti antipsihotične terapije nisu pronađene značajne razlike u procjeni kvalitete života ni u jednom području. Jedinu značajnu povezanost pronalazimo između izraženosti simptoma i kvalitete života. U skupini remitiranih sudionika pronalazimo značajne negativne povezanosti ukupnog rezultata na PANSS-u s područjem prediktorskih varijabli te negativne povezanosti opće psihopatološke skale sa svim područjima kvalitete života. U skupini neremitiranih nisu pronađene značajne povezanosti.

U većini istraživanja relativno se dosljedno pokazuje kako je duljina trajanja bolesti pozitivno povezana s procijenjenom kvalitetom života (42), što ide u prilog adaptacijskoj teoriji. Međutim, najrecentnija istraživanja utvrđuju kako trajanje bolesti nije značajan prediktor kvalitete života shizofrenih pacijenata te i ovdje pronalazimo prostora za daljnja istraživanja (43, 219).

Istraživanja povezanosti ukupnog broja hospitalizacija i kvalitete života osoba s psihotičnim poremećajima daju nekonzistentne nalaze. Određeni broj istraživanja utvrđuje negativnu povezanost između ukupnog broja hospitalizacija i kvalitete života (36, 43, 44, 45), no druga skupina istraživanja utvrđuju kako nema razlika između skupina u procijenjenoj kvaliteti života (46, 47), kao što je slučaj u našem istraživanju.

Odnos vrste antipsihotika i kvalitete života kod oboljelih od shizofrenije predmetom je istraživačkog interesa zadnjih desetljeća. Unatoč takvom velikom istraživačkom zanimanju, još uvijek nemamo jednoznačne i dosljedne nalaze vezane uz ovo pitanje (48 - 66). Sukladno tome, u recentnoj literaturi pronalazimo istraživanja koja potvrđuju bolju kvalitetu života oboljelih od shizofrenije liječenih antipsihoticima druge generacije (48 - 60), istraživanja koja kvalitetu života procjenjuju nižom kod pacijenata liječenih ADG-om (62), ali i određeni broj studija u kojima se ne pronalazi razlika u procijenjenoj kvaliteti života kod pacijenata liječenih antipsihoticima prve i druge generacije (63 - 66).

Izraženost simptoma u istraživanjima često se povezivala s kvalitetom života. U gotovo svim istraživanjima pronalazimo veću ili manju povezanost ukupne psihopatalogije, pozitivnih i negativnih simptoma te općih psihopatoloških simptoma, uz diskretne razlike u

nalazima. Dio istraživanja potvrđuje negativnu povezanost svih simptoma, kao i ukupne psihopatologije s mjerama kvalitete života (68, 190, 220), dok drugi u najvećoj mjeri naglašavaju povezanost kvalitete života s negativnim simptomima i/ili općim psihopatološkim simptomima (69, 221, 222, 223). Priebe (32) ističe kako razine depresivnosti, anksioznosti te agresivnosti oboljelih, a ne pozitivni i negativni simptomi, u najvećoj mjeri predviđaju kvalitetu života. Huppert također navodi kako je veća izraženost depresivnih i anksioznih simptoma kod oboljelih od shizofrenije povezana s manjim općim zadovoljstvom životom, kao i pojedinim područjima (obitelj, socijalne veze, zdravlje) (224). U novijoj se meta-analitičkoj studiji na 432 istraživanja također ističe najveća povezanost afektivnih simptoma s procjenama kvalitete života oboljelih od shizofrenije (225).

U objašnjavanju naših rezultata, osim malog uzorka, ne smijemo zanemariti činjenicu da je većina sudionika u našem istraživanju nezaposlena, neoženjena te financijski ovisna o dugima pa je moguće da su učinci kliničkih varijabli zamaskirani teškom socijalnom i ekonomskom situacijom oboljelih od shizofrenije.

6.4. Predviđanje kvalitete života oboljelih od shizofrenije temeljem psihosocijalnih čimbenika

Detaljna analiza interkorelacija prediktorskih varijabli pokazala je potrebu za redefiniranjem zavisne varijable. Naime, kolinearnost između varijable samoefikasnosti sa svim ostalim prediktorskim varijablama, ukazala je na potrebu stvaranja novog konstrukta, koji smo nazvali „subjektivna dobrobit“, a koji je definiran općim zadovoljstvom života i percepcijom samoefikasnosti. U skali općeg zadovoljstva životom od sudionika se traži da odrede svoj stupanj zadovoljstva životom općenito, u posljednjih godinu dana, ostvarenjem ciljeva, očekivanjima u budućnosti te usporedbom s drugim ljudima iz socijalne okoline (127). Slično tomu, upravo uspješnost u ostvarenju dosadašnjih ciljeva najvažniji je izvor informacija o samoefikasnosti (124). Pozitivnim i negativnim osobnim iskustvima pojedinac stječe najviše informacija o vlastitim sposobnostima i mogućnostima, ali i slabostima i ograničenjima. Također, opažanje ponašanja i postignuća osoba iz socijalne okoline omogućava zaključke o

njihovim sposobnostima, omogućava usporedbu s njima te razvijanje percepcije o samoefikasnosti na temelju tih informacija. Uzimajući u obzir prethodne navode, ne čudi potreba za stvaranjem novog konstrukta, kojim će se najbolje objasniti odnos prediktorskih varijabli u odnosu na kriterij.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju kako su strategije suočavanja (definirane kao distrakcija, diverzija i usmjerenost na zadatak) značajno i snažno povezane sa subjektivnom dobrobiti, a ta se povezanost u cijelosti može objasniti emocionalnom kompetencijom. Dakle, model počiva na medijacijskom efektu emocionalne kompetencije u odnosu na strategije suočavanja i subjektivnu dobrobit oboljelih od shizofrenije.

Iz dobivenih rezultata možemo zaključiti kako je subjektivna dobrobit oboljelih veća kod onih koji se koriste s više strategija suočavanja (adaptivnim i neadaptivnim). U prilog našim rezultatima ide i istraživanje Mathenyja i sur. (205) koji navode da se osobe koje u većoj mjeri percipiraju stres, koriste s više strategija suočavanja (primjerenih i neprimjerenih), čime one postaju bolji prediktori zadovoljstva životom. Na tome su tragu i rezultati istraživanja u kojemu je dokazana povezanost između subjektivnih procjena zadovoljstva životom i različitih strategija suočavanja, a u najvećoj mjeri suočavanja usmjerenog na problem (206).

Ovdje se također nameće pitanje o adaptivnosti pojedinih strategija kod oboljelih od shizofrenije, koja evidentno nije sukladna podjeli na adaptivne i neadaptivne strategije u općoj populaciji. Strategije suočavanja sa stresom po učinkovitosti mogu biti adaptivne i neadaptivne. Adaptivne strategije pomažu pojedincu u uspješnom suočavanju sa stresnim događajima i pritom minimaliziraju opasnost, dok neadaptivne rezultiraju nepotrebnim dodatnim teškoćama za sebe i okolinu. Adaptivne strategije pridonose dobrobiti pojedinca – dobrom zdravlju, produktivnosti, zadovoljstvu životom i osobnim rastom (226). Za uspješno razlikovanje adaptivnih od neadaptivnih načina suočavanja sa stresom, moramo znati utvrditi jesu li ponašanja djelotvorna u konkretnoj situaciji i primjerena pojedincu. Ni jedno ponašanje nije samo po sebi dobro ni loše, već ga isključivo treba promatrati u konkretnom kontekstu. S obzirom da smo u našem istraživanju, pored strategija usmjerenih na zadatak (koje se smatraju adaptivnima u općoj populaciji), utvrdili pozitivan utjecaj distrakcije i socijalne diverzije (izbjegavanje – neadaptivna strategija) na kvalitetu života oboljelih od shizofrenije, otvara se

novo područje istraživačkog interesa.

Medijacijski efekt emocionalne kompetencije na odnos strategija suočavanja i subjektivne dobrobiti kod oboljelih navodi nas na zaključak kako prilikom formiranja psihosocijalnih intervencija o strategijama suočavanja nužno moramo voditi računa o razini njihove emocionalne kompetencije. Veliki broj autora utvrđuje kako je povezanost strategija suočavanja sa stresom i emocionalne kompetencije nedvojbena. U skladu s tim recentnija istraživanja potvrđuju da su više razine emocionalne inteligencije značajno povezane s učinkovitijim strategijama suočavanja sa stresom, boljim socijalnim vještinama, boljom regulacijom emocija, bržim oporavkom od negativnih emocionalnih stanja, nižom razinom negativnih i višom razinom pozitivnih emocija, primjerenijim zdravstvenim ponašanjima, kao i boljom procjenom vlastitog zdravlja. Uočeno je da se osobe s višom razinom emocionalne inteligencije uspješnije suočavaju sa stresom jer primjerenije manifestiraju svoja emocionalna stanja i primjerenije kontroliraju raspoloženja. Takve su osobe sklonije aktivnim pristupima te su otvorenije u traženju i profesionalne i neprofesionalne pomoći u rješavanju problema (78, 79).

Dakle, našim istraživanjem nismo potvrdili utjecaj svih psihosocijalnih čimbenika na ishod liječenja, ali se potvrđuje značaj strategija suočavanja i emocionalne kompetencije, što otvara mogućnosti izrade novih psihoedukativnih i psihosocijalnih programa za oboljele od shizofrenije te naglašava značaj multidisciplinarnosti u pristupu. Dosadašnja ispitivanja terapijskih pristupa potvrđuju učinkovitost kognitivne terapije (CET) na poboljšanje emocionalne kompetencije oboljelih (227).

6.5. Predviđanje pripadnosti skupini prema terapijskom učinku temeljem psihosocijalnih čimbenika

U pogledu čimbenika koji značajno doprinose razlikovanju remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije, analizirali smo tri skupine varijabli (kliničke, kognitivne i socioemocionalne).

Iz skupine kliničkih varijabli, remitirani i neremitirani sudionici najviše se razlikuju prema izraženosti pozitivnih i negativnih simptoma na skali PANSS, prilikom otpusta. Druge

se kliničke varijable nisu pokazale značajnim prediktorima terapijskog učinka, što je sukladno rezultatima dijela ranijih istraživanja (16, 185, 186).

U skupini kognitivnih varijabli mjerili smo u kojoj mjeri inteligencija, pamćenje i koncentracija razlikuju skupine prema terapijskom učinku. Rezultati diskriminativne analize ukazuju na visoku ulogu razine inteligencije u razlikovanju ovih dviju skupina, dok rezultati t-testa to opovrgavaju, što ukazuje na vjerojatni kompleksni odnos inteligencije s koncentracijom i/ili pamćenjem te se vjerojatno radi o supresorskom efektu među varijablama. Razina inteligencije nije se, stoga, koristila u izračunu kompozitne varijable, već je kreirana pojednostavljena kompozitna varijabla koja se sastoji od zbroja ukupnog pamćenja i mjere koncentracije kao varijabli s najvećim doprinosom razlikovanju skupina. Veći rezultat kompozita ukazuje na bolje kognitivno funkcioniranje te je iz rezultata razvidno kako neremitirani sudionici postižu značajno lošije rezultate od remitiranih, što je u skladu s nalazima brojnih istraživanja u kojima je ispitivana povezanost kognitivnih deficita s izraženošću simptoma te ishodima bolesti (137 - 141).

Treću su skupinu varijabli činili socioemocionalni čimbenici: emocionalna kompetencija, samoefikasnost, strategije suočavanja sa stresom te izvori kontrole zdravlja. Za kreiranje kompozita „socioemocionalni čimbenici“ odabrane su one varijable koje su statistički značajne na razini od 5 % u analizi t-testa, a to su ovome slučaju bile razina samoefikanosti i korištenje strategije izbjegavanja u suočavanju sa stresom, dok ostale varijable nisu doprinosile razlikovanju ovih dviju skupina. Veći rezultat kompozita ukazuje na veću percepciju samoefikasnosti i češće korištenje strategije izbjegavanja. Podatak da se neremitirani sudionici u većoj mjeri koriste strategijom izbjegavanja pronalazimo i u drugim radovima (125, 159). Iznenađujući rezultat da neremitirani sudionici svoju samoefikasnost percipiraju većom, možemo objasniti smanjenim uvidom te lošijim kognitivnim funkcioniranjem.

Dakle, od svih kliničkih, kognitivnih i socioemocionalnih nezavisnih varijabli uključenih u analizu, samo one korištene za izračun kompozita (klinički: rezultati pozitivne i negativne skale PANSS-a prilikom otpusta; kognitivni: ukupno pamćenje i mjera koncentracije te socioemocionalni: samoefikasnost i strategija izbjegavanja) čine razliku među skupinama, pri čemu remitirani sudionici manifestiraju manji broj pozitivnih i

negativnih simptoma prilikom otpusta, boljih su kognitivnih sposobnosti, manje se koriste strategijom izbjegavanja, ali im je i razina procijenjene samoefiksnosti manja.

6.6. Ograničenja istraživanja

Iako rezultati našeg istraživanja jasno ukazuju na odnose ispitivanih čimbenika, treba imati na umu i postojeća ograničenja ovog istraživanja. Prvo se ograničenje odnosi na relativno mali uzorak sudionika koji su prikupljani samo u jednoj bolnici što može onemogućiti generalizaciju rezultata. Drugo, provedeno je korelacijsko istraživanje koje nam onemogućuje donošenje uzročno-posljedičnih veza između ispitivanih varijabli. Treće, socioemocionalni čimbenici procjenjivani su samoocijenskim ljestvicama umjesto objektivnimm procjenama. Nadalje, također ne možemo zanemariti potencijalni utjecaj drugih čimbenika koji nisu istraživani u ovoj studiji (uvid, dužina neliječene psihotičnosti...).

7. ZAKLJUČCI

Oboljeli od shizofrenije procjenjuju svoju kvalitetu života nižom od zdrave populacije i u području općeg zadovoljstva životom i u području prediktorskih varijabli.

Skupine remitiranih i neremitiranih sudionika oboljelih od shizofrenije ne razlikuju se značajno prema demografskim čimbenicima (spolu, dobi, razini obrazovanja, radnom i bračnom statusu, ekonomskom statusu te mjestu stanovanja), socioemocionalnim čimbenicima (samoefikasnosti, emocionalnoj kompetentnosti, izvorima kontrole zdravlja, strategijama suočavanja usmjerenima na emocije i zadatak), nekim kliničkim čimbenicima (vrsti antipsihotika i rednom broju hospitalizacije) te kvaliteti života. Značajne se razlike pronalaze na kognitivnim varijablama, nekim strategijama suočavanja te kliničkim čimbenicima. Naime, u skupini s ispodprosječnom inteligencijom prisutan je značajno veći broj neremitiranih sudionika. Nadalje, remitirani sudionici postižu bolje rezultate ukupnog pamćenja te koncentracije. Neremitirani se u većoj mjeri koriste strategijama izbjegavanja i distrakcije, prilikom prijema u bolnicu postižu veće ukupne rezulatate PANSS-a, kao i veći rezultat na skali negativnih simptoma. Prilikom otpusta kod neremitiranih je sudionika prisutna značajno veća izraženost svih simptoma. U skupini neremitiranih pronalazimo veći broj onih koji se liječe između jedne i pet godina te više od deset godina.

Kvaliteta života značajno je povezana s nekim psihosocijalnim čimbenicima kod obiju skupina sudionika. U skupini remitiranih sudionika, kvaliteta života i njezina područja pozitivno su povezane s upravljanjem emocijama, samoefikasnošću, aktivnim radnim statusom, ekonomskom neovisnošću, a negativno povezane s vanjskim izvorom kontrole zdravlja (utjecajem sudbine), ukupnim rezultatom PANSS-a i izraženošću opće psihopatologije pri otpustu. U skupini neremitiranih sudionika kvaliteta života i njezina područja povezana su s boljom koncentracijom, ukupnom emocionalnom kompenentnošću i njezinim područjima, samoefikasnošću, strategijama usmjerenim na zadatak, socijalnom diverzijom i bračnim statusom.

Psihosocijalni čimbenici koji značajno predviđaju kvalitetu života kod oboljelih od shizofrenije strategije su suočavanja (usmjerenost na zadatak, diverzija i distrakcija), ali uz medijacijsku ulogu emocionalne kompetencije.

Čimbenici koji značajno doprinose razlikovanju remitiranih i neremitiranih sudionika rezultati su pozitivne i negativne skale PANSS-a prilikom otpusta (iz skupine kliničkih čimbenika), ukupno pamćenje i mjera koncentracije (iz skupine kognitivnih čimbenika) te samoefikasnost i strategija suočavanja – izbjegavanje (iz skupine socioemocionalnih čimbenika).

Rezultati našeg istraživanja otvaraju mogućnosti novih područja istraživanja odnosa između čimbenika, izrade novih psihoedukativnih i psihosocijalnih programa za oboljele od shizofrenije te naglašavaju značaj multidisciplinarnosti u pristupu.

8. SAŽETAK

UVOD: Psihosocijalni su čimbenici važan aspekt shizofrenije i u smislu psihopatološke ranjivosti i u smislu njihovih rezultata na funkcionalnome planu. Učinci liječenja u mnogome ovise upravo o brojnim psihosocijalnim čimbenicima, a s druge se strane njihova važnost odražava na kvalitetu života oboljelih.

CILJ: Cilj je istraživanja ispitati u kojoj su mjeri psihosocijalne varijable (demografske varijable, dužina bolesti, broj hospitalizacija, vrste terapije, kognitivne sposobnosti, emocionalna kompetencija, samoefikasnost, percipirani izvor kontrole zdravlja, strategije suočavanja sa stresnim situacijama) povezane s terapijskim učinkom (remisija) i terapijskim ishodom (mjera procjene kvalitete života).

ISPITANICI I METODE: U istraživanje je uključeno 102 osobe s dijagnozom shizofrenije (prema kriterijima MKB 10 i DSM-V), liječene na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od lipnja 2017. do lipnja 2018. Sudionici su, sukladno kriterijima remisije, podijeljeni u dvije skupine: remitirani (38,2 %) i neremitirani (61,8 %). Klinički su ih procjenjivali psihijatri, dok je psihosocijalne čimbenike procjenjivao klinički psiholog. Primijenjeni su sljedeći instrumenti: prigodni upitnik o demografskim i kliničkim karakteristikama, PANSS za procjenu izraženosti simptoma, KNT za inteligenciju, AVLT za verbalno pamćenje i d2 za mjeru koncentracije. Emocionalna je kompetentnost procjenjivana UEK-45 upitnikom, samoefikasnost SOS upitnikom, strategije suočavanja CISS upitnikom, a percipirani izvor kontrole zdravlja ZLK-90 upitnikom. Za procjenu KŽ korišten je KVŽ-90 upitnik.

REZULTATI: Remitirani sudionici postižu bolje rezultate verbalnog pamćenja i koncentracije. Značajno veći broj neremitiranih sudionika ispodprosječne je inteligencije. Neremitirani se u većoj mjeri koriste strategijama izbjegavanja i distrakcije, prilikom prijema u bolnicu postižu veće ukupne rezultate PANSS-a, kao i veći rezultat na skali negativnih simptoma. Prilikom otpusta kod neremitiranih je sudionika prisutna značajno veća izraženost svih simptoma. Kvaliteta života značajno je povezana s nekim psihosocijalnim čimbenicima kod obiju

skupina sudionika. U skupini remitiranih sudionika, kvaliteta života i njezina područja pozitivno su povezani s upravljanjem emocijama, samoefikasnošću, aktivnim radnim statusom, ekonomskom neovisnošću, a negativno povezane s vanjskim izvorom kontrole zdravlja (utjecajem sudbine), ukupnim rezultatom PANSS-a i izraženošću opće psihopatologije pri otpustu. U skupini neremitiranih sudionika kvaliteta života i njezina područja povezana su s boljom koncentracijom, ukupnom emocionalnom kompetentnošću i njezinim područjima, samoefikasnošću, strategijama usmjerenim na zadatak, socijalnom diverzijom i bračnim statusom. Značajni prediktori kvalitete života kod oboljelih od shizofrenije strategije su suočavanja (usmjerenost na zadatak, diverzija i distrakcija), ali uz medijacijsku ulogu emocionalne kompetencije. Čimbenici koji značajno doprinose razlikovanju remitiranih i neremitiranih sudionika rezultati su pozitivne i negativne skale PANSS-a prilikom otpusta, ukupno pamćenje i mjera koncentracije te samoefikasnost i izbjegavanje.

ZAKLJUČAK: Terapijski učinak i ishod liječenja kod oboljelih od shizofrenije povezani su s nekim psihosocijalnim čimbenicima. Složenost odnosa između čimbenika otvara mogućnosti novih područja istraživanja te naglašava značaj multidisciplinarnosti u pristupu terapijskih pristupa i metoda.

KLJUČNE RIJEČI: shizofrenija, remisija, kvaliteta života, psihosocijalni čimbenici

9. SUMMARY

TITLE: Psychosocial Factors in Treatment of Patients with Schizophrenia and Achieved Quality of Life

INTRODUCTION: Psychosocial factors are an important aspect of schizophrenia, both in terms of psychopathological vulnerability and in terms of their results with regard to patients'functional capacity. Treatment effectiveness is influenced by a number of psychosocial factors and their importance is also reflected in one's quality of life.

AIM OF THE RESEARCH: The aim of this research is to examine the extent to which psychosocial factors (sociodemographic variables, duration of illness, number of hospitalizations, type of therapy, cognitive functions, emotional competence, self-efficacy, locus of health control, coping strategies) are related to therapeutic effectiveness (remission) and outcome (quality of life).

PARTICIPANTS AND METHODS: The research included 102 patients with ICD-10 and DSM-V diagnosis of schizophrenia, hospitalized at the Department of Psychiatry of the University Hospital Centre Osijek between June 2017 and June 2018. The patients were divided in two groups according to remission criteria: remitted (38.2 %) and non-remitted (61.8 %). The assessment of clinical factors was done by a psychiatrist, and assessment of psychosocial factors by a clinical psychologist. The battery of instruments used for assessment included the following: clinical and sociodemographic status questionnaire designed for research purposes, PANSS Positive and Negative Syndrome Scale, KNT-test for intelligence measuring, AVLT-test for verbal memory assessment and d2 test of attention. Emotional competence was estimated by the UEK-45 questionnaire, self-efficacy by the SOS questionnaire, coping strategies by the CISS questionnaire and the locus of health control by the ZLK-90 questionnaire. Quality of life was estimated bythe KVŽ-90 questionnaire.

RESULTS: Remitted participants achieved higher scores in verbal memory and concentration.

Significantly larger number of non-remitted participants have below average intelligence. Non-remitted participants used avoidance and distraction strategies more frequently, they had higher PANSS total scores and higher scores on the Negative Syndrome Scale. At discharge, all the PANSS-measured symptoms were significantly more pronounced in the non-remitted participants. Quality of life notably correlated with certain psychosocial factors in both groups of participants. In the group of remitted participants, the quality of life and its domains correlated positively with the ability to govern emotions, self-efficacy, being employed and financial independence, while they correlated negatively with the external locus of health control (influence of fate), PANSS total score and high score on the General Psychopathology Scale at discharge. In the group of non-remitted participants, the quality of life and its domains correlated with better ability to concentrate, total emotional competence and its domains, self-efficacy, task-oriented strategies, social diversion and marital status. Coping strategies (task-oriented coping, social diversion and distraction) are significant predictors of schizophrenia patients' quality of life, but with the mediating effect of emotional competence. Factors that significantly contribute to discriminating between the two groups are the scores achieved on the PANSS Positive and Negative Scale at discharge, verbal memory and concentration, self-efficacy and avoidance-oriented coping.

CONCLUSION: Therapeutic effectiveness and outcomes in patients with schizophrenia correlate with certain psychosocial factors. Complexity of relationship between those factors opens up an array of possibilities for further research and emphasizes the significance of multidisciplinarity in planning therapeutic approaches and methods.

KEY WORDS: schizophrenia, remission, quality of life, psychosocial factors

10. LITERATURA

1. Koić O, Ivanušić, J. Shizofrenija i shizofreniji slični poremećaji. Psihijatrija. Filaković, Pavo (ur).Osijek: Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strosmayera u Osijeku. 2014; 286-309.
2. Davison GC., Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb. 2011.
4. World Health Organisation. Declaration of Alma Ata. Dostupno na: http://www.euro.who.int
5. Markanović D, Jokić-Begić N. Kvaliteta života psihički bolesnih osoba. Kvaliteta života i Zdravlje. Vuletić, Gorka (ur.). Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku. 2011; 126-157.
6. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo. Institut za naučnoistraživački rad i razvoj Kliničkog centra Univerzitata u Sarajevu. Vodič za liječenje shizofrenije. Sarajevo. 2006.
7. Ostojić D. Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti. Što o tome trebaju znati socijalni radnici? Ljetopis socijalnog rada. 2012; 19 (1): 53-72.
8. Harrison G, Hooper K, Craig T. Recovery from psychotic illness: A 15-and 25-vear international follow-up study. British Journal of Psychiatry. 2001;178:506-517.
9. Rapado-Castro M, Soutullo C, Fraguas D, Aragano B, Paya B, Castro-Fornieles J. Predominance of symptoms over time in early-onset psychosis: A principal component factor analysis of the positive and negative syndrome scale. Journal of Clinical Psychiatry. 2010; 71: 327-337.
10. DSM V- Dijagnostički i statistički priručnih za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2014.
11. Stahl SM. Psychosis and schizophrenia. In: Stahl, S. M. (ed.), Stahls essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications. New York: Cambridge University Press. 2008; 247-327.
12. Jakovljević M. Suvremena farmakoterapija shizofrenije. Zagreb: Medicinska naklada i

Pro Mente. 2001.
13. Kaplan HI, Sadock BJ. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap. 1998.
14. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Texbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins. 2000.
15. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort, Schizophr Bull 1998; 24:75–85.
16. Herceg M. Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije. Zagreb, Republika Hrvatska: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2010.
17. World Health organization.The World Health Report 2001. WHO, Geneva; 19-45.
18. World Health Organization. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychological Medicine. 1998; 28:551-8.
19. Vuletić G, Ivanković D, Davern M. Kvaliteta života u odnosu na zdravlje i bolest. U: Vuletić G. i sur., ur. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Hrvatska zaklada za znanost i Filozofski fakultet sveučilišta u Osijeku. 2011; 120-5.
20. Brajković L, Vuletić G. Teorije subjektivne kvalitete života. U: Vuletić G. i sur., ur. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Hrvatska zaklada za znanost i Filozofski fakultet sveučilišta u Osijeku. 2011; 17-20.
21. Cummins RA. On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research. 1995; 35:179-200.
22. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada. 2011.
23. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. 10. revizija. Zagreb: Medicinska naklada. 2012.
24. Nuechterlein KH, Ventura J, Subotnik KL, Bartzokis G. The early longitudinal course of cognitive deficits in schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2014; 75(2):25-9.
25. Folnegović Grošić P. Objektivnost terapijskog odgovora u liječenju prve epizode shizofrenih bolesnika novim antipsihoticima. Zagreb, Republika Hrvatska: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2016.
26. Hotujac LJ. Suvremene koncepcije shizofrenije.Medicus. 1998; 7:45-58.
27. Haddad L, Schäfer A, Streit F, Lederbogen F, Grimm O, Wüst S, et al. Brain structure

correlates of urban upbringing, an environmental risk factor for schizophrenia. Schizophr Bull. 2015;41(1):115-22.

28. Vilain J, Galliot AM, Durand-Roger J, Leboyer M, Llorca PM, Schürhoff F, et al. Environmental risk factors for schizophrenia: a review. Encephale. 2013;39(1):19-28.
29. Lewis G, David A, Andréasson S, Allebeck P. Schizophrenia and city life. Lancet. 1992;340(8812):137-40.
30. Havelka M. Zdravstvena psihologija, nastavni tekstovi, verzija: 12. Zagreb: Visoka zdravstvena škola. 2011.
31. Folsom DP, Depp C, Palmer BW, Mausbach BT, Golshan S, Fellows I, Cardenas V, Patterson TL, Kraemer HC, Jeste DV. Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia.SchizophreniaResearch. 2009; 108(1-3):207– 213.
32. Priebe S, Reininghaus U, McCabe R, Burns T, Eklund M, Hansson L, Junghan U, Kallert T, van Nieuwenhuizen C, Ruggeri M, Slade M, Wang D. Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: A pooled analysis. Schizophrenia Research. 2010; 121(1–3): 251–258.
33. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA, Hays RD, Kaplan RM. Gender differences in multiple underlying dimensions of health-related quality-of-life are associated with sociodemographic and socioeconomic status. Med Care. 2011;49(11):1021-30.
34. Crimmins EM, Jung Ki K, Solé-Auró A. Gender differences in health : Results from SHARE, ELSA and HRS. Eur J Public Health. 2011;21(1):81-91.
35. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. The American Journal of Psychiatry. 1997; 154(1):99–105.
36. Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. Psychiatry Research. 2005; 137(3): 203–213.
37. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people withe severe mental illness: A naturalistic study. Social Science i Medicine. 2007; 65(7):1420–1429.
38. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of

life in persons with schizophrenic and affective disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004; 39(9):686–694.

39. Barbato A, Monzani E, Schiavi T. Life satisfaction in a sample of outpatients with severe mental disorders: A survey in Northern Italy. Quality of Life Research. 2004; 13(5):969–973.
40. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. Psychiatry Research. 2004; 129(2):141–147.
41. Akvardar Y, Akdede BB, Özerdem A, Eser E, Topkaya Ş, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatrc patients compared with diabetic and healthy subjects. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2006; 60(6):693–699.
42. Picardi A, Rucci P, de Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P. for the PROGRES Group. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: Findings from a national survey in Italy. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2006; 256(6):372–381.
43. Guedes de Pinho at al. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. Trends Psychiatry Psychotherapy. 2018;00(0):1-8.
44. Mendes, D. i sur. Quality of life of chronic schizophrenia patients in the long term follow-up. Schizophrenia Bulletin 44 (suppl_1): S425-S425. 2018. DOI: 10.1093/schbul/sby018.1038
45. Chan S, Yu IuW. Quality of life of clients with schizophrenia. Journal of advanced Nursing. 2004; 45(1):72-83.
46. Kunikata H. i sur. Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2005; 59:163–169.
47. Olsson M, Carlström E, Marklund B, Helldin L, Hjärthag F. Assessment of Distress and Quality of Life: A Comparison of Self-Assessments by Outpatients with a Schizopsychotic Illness and the Clinical Judgment of Nurses. Archives of Psychiatric Nursing. 2015; 29:284–289.

48. Petrović Kitić A, Janković S. The influence of antipsychotics on the quality of life of patients with schizophrenia in a long stay psychiatric facility. Serbian Journal of Experimental and Clinical Research. 2014; 15(2):89-94.
49. Gründer G, Heinze M, Cordes J, Mühlbauer B, Juckel G, Schulz C, Rüther E, Timm J. for NeSSy Study Group. Effects of first-generation antipsychotics versus second-generation antipsychotics on quality of life in schizophrenia: a double-blind, randomised study. Lancet Psychiatry. 2016; 3(8):717-29.
50. Cook PE, Goldberg JO, van Lieshout RJ. Benefits of switching from typical to atypical antipsychotic medications:a longitudinal study in a community based setting. Can J Psychiatry. 2002; 47:870–874.
51. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. Bipolar Disord. 2008; 10:617–624.
52. Awad AG, Lakshmi NP, Voruganti LNP. Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizofrenia. CNS Drugs. 2004; 18(13):877-93.
53. Awad AG, Voruganti LNP. Quality of life and new antipsychotics in schizophrenia are patients better off? International Journal of Social Psychiatry. 1999; 45(4):268-275.
54. Ritsner M, Gibel A, Perelroyzen G, Kurs R, Jabarin M, Ratner Y. Quality of Life Outcomes of Risperidone, Olanzapine, and Typical Antipsychotics Among Schizophrenia Patients Treated in Routine Clinical Practice A Naturalistic Comparative Study. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2004; 24:582–591.
55. Opalić P, Nikolić S. Procena kvaliteta života shizofrenih bolesnika. Vojnosanitetski pregled. 2008; 65 (5):383-391.
56. Fujimaki K, Takahashi T, Morinobu S. Association of typical versus atypical antipsychotics with symptoms and quality of life in schizophrenia. PloS one. 2012; 7 (5).
57. Wehmeier PM, Kluge M, Schneider E, Schacht A, Wagner T, Schreiber W. Quality of life and subjective well-being during treatment with antipsychotics in out-patients with schizophrenia. Progress in Neuro-Psychopatology & Biological Psychiatry. 2007; 31:703-712.
58. Mihajlović G. i sur. Quality of Life of Schizophrenic Patients Treated with Haloperidol

Depot and Injection Preparation of Long-Lasting Risperidone. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 2011;139(1):36-40.

59. Zhang PL, Santos JM, Newcomer J, Pelfrey BA, Johnson MC, De Erausquin GA. Impact of atypical antipsychotics on quality of life, self-report of symptom severity, and demand of services in chronically psychotic patients. Schizophrenia Research. 2004; 71(1):137-144.
60. Hayhurst KP, Massie JA, Dunn G, Lewis SW, Drake RJ. Validity of subjective versus objective quality of life assessment in people with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2014; 14: 365.
61. Jones PB. i sur. Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of Second- vs First-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia. Archives of General Psychiatry. 2006; 63:1079-1087.
62. de Araújo AA, de Araújo Dantas D, do Nascimento GG, Ribeiro SB, Chaves KM, de Lima Silva V, de Araújo RF Jr, de Souza DL, de Medeiros CA. Quality of life in patients with schizophrenia: the impact of socio-economic factors and adverse effects of atypical antipsychotics drugs. Psychiatr Q, 2014; 85(3):357-367.
63. Kilian R, Dietrich S, Toumi M, Angermeyer MC. Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first- or second-generation antipsychotics. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004; 110:108–118.
64. de Lima MS, Breier A, de Jesus Mari J. Can Quality of Life be Improved in Schizophrenia? Results From A Pragmatic, Randomized, Controlled Trial Comparing Olanzapine with First Generation Antipsychotics. Progress in Neurotherapeutics and Neuropsychopharmacology. 2007; 2(1):239–250.
65. Lewis SW, Barnes TRE, Davies L, et al. Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other secondgeneration antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. Schizophr Bull. 2006; 32:715–23.
66. Pušičić V, Mihajlović G, Popović-Deušić S, Đukić-Dejanović S, Ignjatović-Ristić D. Quality of life of patients with psychotic disorders − Clinical significance and assessment scales. Engrami. 2005; 27(1−2): 7−14.
67. Akrap L, Jakšić N. Uloga neurokognitivnih deficita kod shizofrenije - istraživanja i klinička praksa. Socijalna psihijatrija. 2016; 44:3-13.
68. Savilla K, Kettler L, Galletly C.Relationships between cognitive deficits, symptoms and

quality of life in schizophrenia. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2008. 42(6):496–504.

69. Cruz BF i sur. Interview-based assessment of cognition is a strong predictor of quality of life in patients with schizophrenia and severe negative symptoms. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2016; 38:00.
70. Tas C, Brown E, Cubukcuoglu Z, Aydemir O, Danaci AE, Brüne M. Towards an integrative approach to understanding quality of life in schizophrenia: the role of neurocognition, social cognition, and psychopathology. Comprehensive Psychiatry. 2013; 54(3):262-8.
71. Sigaudo M, Crivelli B, Castagna F, Giugiario M, Mingrone C, Montemagni C, Rocca G, Rocca P. Quality of life in stable schizophrenia: The relative contributions of disorganization and cognitive dysfunction. Schizophrenia Research. 2014; 153(1-3): 196–203.
72. Kurtz MM, Tolman A. Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: what is their relationship? Schizophrenia Research. 2011; 127(1-3):157-62.
73. Fujii DE, Wylie AM, Nathan JH. Neurocognition and long-term prediction of quality of life in outpatients with severe and persistent mental illness. Schizophrenia Research. 2004; 69(1):67–73.
74. Goleman H. Emotional intelligence. New York: Batnam Books. 1995.
75. Mayer JD, Salovey P. Što je emocionalna inteligencija? U: Salovey P&Salovey D, ur. Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija, pedagoške implikacije. Zagreb: Educa. 1997; 19-54.
76. Gardner H. Frames of mind: The theory of multiple intelligences. New York: Basic Books. 1983.
77. Takšić V, Mohorić T, Munjas R, Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom. Društvena Istraživanja. 2006; 84-85:729-52.
78. Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence.Personality and Individual Differences. 2005; 38(3):54755.
79. Zeinder M, Matthews G, Roberts RD. The emotional intelligence, health and wellbeing nexus: What have we learned and what have we missed? Applied Psychology: Health and

Well-Being. 2012;4(1):1-30.

80. Aunjitsakul W, Pitanupong J. Schizophrenias' Quality of Life and Emotional Intelligence in Songklanagarind Hospital. Songkla Med J. 2018; 36(1):61-71.
81. Maat A, Fett AK, Derks EM. Social cognition and quality of life in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2012; 137(1-3):212-8.
82. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. Neuroscience anf Biobehavioral Reviews. 2011; 35(3): 573-88.
83. Arambašić L. Provjera nekih postavki Lazarusova modela stresa i načina suočavanja sa stresom. Disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Zagreb. 1994.
84. Arambašić L. Stres. u Pregrad, J. (ur.) Stres, trauma, oporavak. 1996. (93- 102). Zagreb: DPP.
85. Delawalla Z. Stress reactivity, stress appraisal and coping responses in schizophrenia. Dissertation. Washington University in St. Louis. 2010.
86. Carter DM, Mackinnon A, Copolov DL. Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. Journal of Nervous and Mental Disease. 1996; 184:159-164.
87. Hultman CM, Wieselgren I, Ohman A. Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. Scandinavian Journal of Psychology. 1997; 38:3-13.
88. Jansen LM, Gispen-de Wied CC, Kahn RS. Coping with stress in schizophrenia. Schizophrenia Research. 1999; 36:186.
89. Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Green MF, Gitlin MJ. Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent onset schizophrenia. Schizophrenia Research. 2004; 69:343-352.
90. Horan WP, Ventura J, Mintz J, Kopelowicz A, Wirshing D, Christian-Herman J, et al. Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. Psychiatry Research. 2007; 151:77-86.
91. Ponizovsky AM, Finkelstein I, Poliakova I, Mostovoy D, Goldberger N, Rosca P. Interpersonal distances, coping strategies and psychopathology in patients with depression and schizophrenia. World Journal of Psychiatry. 2013; 22; 3(3):74-84.

92. Ham JH, Sung KM. A Study on Stress, Coping Skill, Suicide Risk and Suicidal Ideation according to Treatment Phases of Hospitalized Patients with Schizophrenia. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2016; 25(4):338-346.
93. Moritz S, Lüdtke T, Westermann S, Hermeneit J, Watroba J, Lincoln TM. Dysfunctional coping with stress in psychosis. An investigation with the Maladaptive and Adaptive Coping Styles (MAX) questionnaire. Schizophrenia Research. 2016; 175 (1-3):129-35.
94. Cooke M, Peters E, Fannon D, Anilkumar APP, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2007; 94(1-3): 12–22.
95. Vazquez Perez ML, Godoy-Izquierdo D, Godoy JF. Clinical outcomes of a coping with stress training program among patients suffering from schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot study. Anxiety, Stress, & Coping. 2013; 26(2):154-170.
96. Xia J, Li C. Problem solving skills for schizophrenia (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2012.
97. Elsheshtawya E, Abo Elez W. Coping with stress and quality of life among patients with schizophrenia in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. Middle East Current Psychiatry. 2011; 18:72–77.
98. Tamizi Z, Ranjbar F, Yaghmaee F, Alavimajd H, Fallahi Khoshknab M. Assesment of relationship between quality of life and coping strategies in schizophrenic patients in refer to psychiatric clinics of educational hospitals of Teheran. Journal of rehabilitation. 2013; 54(4):131.
99. Holubova M, Prasko J, Hruby R, Kamaradova D, Ociskova M, Latalova K, Grambal A. Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015; 10 (11):3041-8.
100. Pennington DC. Osnove socijalne psihologije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004. 136.
101. Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct internal versus external control of reinforcement. J Consult Clin Psychol. 1975; 43(1):56-67.
102. Genc A. (2009). Resursi za suočavanje sa stresom. Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu. XXXIV-2. 41-51.
103. Hussey LC, Gilliland K. Compliance, low literacy, and locus of control. The Nursing Clinicas of North America.1989;24(3):605-11.
104. Goodman SH, Cooley EL, Sewel DR, Leavitt N. Locus of Control and Self-Esteem in

Depressed, Low-Income African- American Women. Community Mental Health Journal. 1994; 30(3):259-269.

105. Buhagiar K, Parsonage L, Osborn DPJ. Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with nonpsychotic mental illness. BMC Psychiatry. 2011; 11:104.
106. Wang CS, Wu JYW, Chang WC, Chuang SP. Cognitive functioning correlates of self-esteem and health locus of control in schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013; 9: 1647-1654.
107. Weintraub MJ, Weisman de Mamani A, Tawfik SH. The interplay among locus of control, sub-clinical psychotic symptoms and psychological well-being in whites and ethnic minorities. Interamerican Journal of Psychology. 2015; 49(3):413-424.
108. Harrow M, Hansford BG,Astrachan-Fletcher EB. Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis - A 15-year longitudinal study. Psychiatry Research. 2009; 168(3):186-192.
109. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196(4286):129-136.
110. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry.1980; 137(5):535-544.
111. Schwartz GE. Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1982; 50(6):1040- 1053.
112. Cornblatt BA, Carrión RE, Auther A, McLaughlin D, Olsen RH, John M, et al. Psychosis Prevention: A Modified Clinical High Risk Perspective From the Recognition and Prevention (RAP) Program. Am J Psychiatry. 2015; 5:119.
113. Restek-Petrović B, Orešković-Krezler N, Grah M, Mayer N, Bogović A, Mihanović M. Dreams and fantasies in psychodynamic group psychotherapy of psychotic patients. Psychiatr Danub. 2013; 25(2):300-4.
114. Restek-Petrović B, Mihanović M, Grah M, Molnar S, Bogović A, Agius M, et al. Early intervention program for psychotic disorders at the psychiatric hospital "Sveti Ivan". Psychiatria Danubina. 2012; 24(3):323-32.
115. Świtaj P, Anczewska M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S.

Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. BMC Psychiatry. 2012; **12:**193.

116. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. Positive and negative symptoms scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1988;13:21-76.
117. Andreasen NC, Carpenter WTJr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberg DR. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. Am J Psychiatry. 2005;162:441-449.
118. Momirović A, Sučević Đ. Priručnik za kognitivni neverbalni test. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
119. Rey A. L'Examen clinique en psychologie (Clinical examination in psychology). Paris: Press Universitaire de France. 1958.
120. Galić S. Neuropsihologijska procjena-Testovi i tehnike. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2009.
121. Brickenkamp R. Priručnik za test d2 Test opterećenja pažnje. Jastrebarsko: Naklada Slap. 1999.
122. Takšić V. Upitnici emocionalne inteligencije (kompetentnosti) . U: Lacković-Grgin K, Bautović A, Ćubela V, Penezić Z, ur. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Zadar: Filozofski fakultet. 2002; 27-45.
123. Takšić V. Validacija konstrukta emocionalne inteligencije (disertacija). Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 1998.
124. Ivanov L, Penezić Z. Skala opće samoefikasnosti (General Self-Efficacy Scale). U: K. Lacković Grgin, A. Proroković, V. Ćubela i Z. Penezić (ur.), Zbirka psihologijskih skala i upitnika (str. 156), Zadar, Sveučilište u Zadru. 1998.
125. Sorić I, Proroković A. Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS). U: A. Proroković, K. Lacković Grgin, V. Ćubela Adorić i Z. Penezić (ur.), Zbirka psihologijskih skala i upitnika (str. 147-151), Zadar, Sveučilište u Zadru. 2002.
126. Krizmanić M, Szabo S. Priručnik za Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90). 2. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap. 1994.
127. Krizmanić M, Kolesarić V. Priručnik za primjenu Skale kvalitete življenja. Jastrebarsko: Naklada Slap. 1992.
128. Chabungbam G, Avasthi A, Sharan P. Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2007; 61: 587–593.

129. Juola P, Miettunen J, Veijola J, Isohanni M, Jääskeläinen E. Predictors of short - and long-term clinical outcome in schizophrenic psychosis - the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. Eur Psychiatry. 2012; 13:255.
130. Quee PJ, Meijer JH, Islam MA, Aleman A, Alizadeh BZ, Meijer CJ, et al.; GROUP Investigators Premorbid adjustment profiles in psychosis and the role of familial factors. J Abnorm Psychol. 2014; 123(3):578-87.
131. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature.
132. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000; 101:3–38.
133. Lambert M, Karow A, Leucht S, Schimmelmann BG, Naber D. Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2010; 12(3):393-407.
134. Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. BMC Psychiatry. 2012; 12:64.
135. Liu SK, Chiu CH, Chang CJ, Hwang TJ, Hwu HG, Chen WJ. Deficits in Sustained Attention in Schizophrenia and Affective Disorders: Stable Versus State-Dependent Markers. The American Journal of Psychiatry. 2002; 159(6):975-82.
136. Doering S, Muller E, Kopcke W et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr.Bull. 1998; 24:87–98.
137. Olfson M, Mechanic D, Boyer C A et al. Assessing clinical predictions of early hospitalizations in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187:721–729.
138. Hofer A, Bodner T, Kaufmann A, Kemmler G, Mattarei U, Pfaffenberger N, Fleischhacker W. Symptomatic remission and neurocognitive functioning in patients with schizophrenia. Psychological Medicine. 2011; 41(10):2131-2139.
139. Leeson VC, Barnes TRE, Hutton SB, Ron MA, Joyce EM. IQ as a predictor of functional outcome in schizophrenia: A longitudinal, four-year study of first-episode psychosis. Schizophrenia Research. 2009; 107(1): 55–60.
140. Aylward E, Walker E, Bettes B. Intelligence in Schizophrenia: Meta-analysis of the Research, *Schizophrenia Bulletin*, 1984; 10(3):430–459.
141. Huber G, Gross G, Schüttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1975; 52:49-57.
142. Andreou C, Roesch-Ely D, Veckenstedt R, Bohn F, Aghotor J, Köther U, Pfueller U,

Moritz S. Predictors of early stable symptomatic remission after an exacerbation of schizophrenia: The significance of symptoms, neuropsychological performance and cognitive biases. Psychiatry Research. 2013; 210 (3): 729-734.

143. Lepage M, Bodnar M, Bowie CR. Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. Can J Psychiatr. 2014; 59: 5-12
144. Jordan G, Lutgens D, Joober R, Lepage M, Iyer SN et al. The relative contribution of cognition and symptomatic remission to functional outcome following treatment of a first episode of psychosis. J Clin Psychiatry. 2014; 75:566-572.
145. Chang WC, Ming Hui CL, Yan Wong GH, Wa Chan SK, Ming Lee EH et al. Symptomatic remission and cognitive impairment in first episode schizophrenia: a prospective 3-year follow-up study. J Clin Psychiatry. 2013; 74:1046-1053.
146. Bentler PM. EQS 6 Structural Equations Program Manual. Encino: Multivariate Software, Inc. 2006.
147. Satorra A, Bentler PM. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. Psychometrika. 2001; 66(4):507–514.
148. Steiger JH. Point estimation, hypothesis testing, and interval estimation using the RMSEA: Some comments and a reply to hayduk and Glaser. Structural Equation Modeling. 2000; 7(2):149–162.
149. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal. 1999; 6(1):1–55.
150. Byrne BM. Structural equation modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic concepts, applications and programming. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.1998.
151. Grice JW, Iwasaki M. Truly multivariate approach to manova. Applied Multivariate Research. 2007; 12 (3):199-226.
152. Harris RJ. A primer of multivariate statistics (3rd Ed.). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum. 2001.
153. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company. 1997.
154. Pintrich P, Schunk D. The Role of Expectancy and Self-Efficacy Beliefs. Motivation in

Education: Theory, Research & Applications, Ch. 3. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1996.

155. Choi J, Fiszdon JM, Medalia A. Expectancy-Value Theory in Persistence of Learning Effects in Schizophrenia: Role of Task Value and Perceived Competency. Schizophrenia Bulletin. 2010; 36(5):957-965.
156. Kurtz MM, Olafson R, Rose J. Self-efficacy and functional status in schizophrenia: Relationship to insight, cognition and negative symptoms. Schizophrenia Research. 2013; 145(1):69 – 74.
157. Cardenas V, Abel S, Bowie CR, Tiznado D, Depp CA, Patterson TL, Jeste DV, Mausbach BT. When Functional Capacity and Real-World Functioning Converge: The Role of Self-Efficacy. Schizophrenia Bulletin. 2013; 39(4):908–916.
158. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. Psychiatry Research. 2007; 150(1):71-80.
159. Chino B, Nemoto T, Fujii C, Mizuno M. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2009; 63:521-528.
160. Lysaker PH, Davis LW, Lightfoot J, Hunter N, Strasburger A. Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research. 2005; 80:163-171.
161. Bearden WO, Sharma S, Teel JE. Sample size effects on chi square and other statistics used in evaluating causal models. Journal of Marketing Research. 1982; 19:425−430.
162. Bollen KA. Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects. Psychological Bulletin. 1990;107(2): 256−259.
163. Iacobucci D. Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. Journal of Consumer Psychology. 2010; 20:90–98.
164. Böker W, Brenner HD, Gerstner G, Keller F, Müller J, Spichtig L. Self-healing strategies among schizophrenics: attempts at compensation for basic disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1984; 69:373-378.
165. Cvetić T, Vuković TO, Zebić M. Analiza “coping” strategija kod pozitivnog i negativnog podtipa shizofrenije. Engrami. 2007; 29 (1-2):21-28.
166. Thakral S, Bhatia T, Gettig EA, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. A comparative study of

health locus of control in patients with schizophrenia and their first degree relatives. Asian JPsychiatr. 2014; 7(1):34-37.

167. Moradi A, Pishva N, Ehsan HB, Hadadi P, Pouladi F. The relationship between coping strategies and emotional intelligence. Procedia-Social and Behavioural Sciences. 2011; 30:748-751.
168. Noorbakhsh SN, Besharat MA, Zarei J. Emotional intelligence and coping styles with stress. Procedia-Social and Behavioural Sciences. 2010; 5:818-822.
169. Saklofske DH, Austin EJ, Galloway J, Davidson K. Individual difference correlates of health-related behaviours: preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. Personality and Individual Differences. 2007; 42:491-502.
170. Molander B, Holmstorm S, Takšić V. Cross-cultural and sex differences in the Emotional Skills and Competence Questionnaire scales: Challenges of differential item functioning analyses. Psihološka obzorja / Horizons of Psychology. 2009; 18(3):35-53.
171. Takšić V, Mohorić T, Duran M. Emotional skills and competence questionnaire (ESCQ) as a self-report measure of emotional intelligence. Psihološka obzorja / Horizons of Psychology. 2009; 18(3):7-21.
172. Faria L, Lima Santos N, Takšić V, Räty H, Molander B, Holmström S, Jansson J, Avsec A, Extremera N, Fernández-Berrocal P, Toyota H. Cross-cultural validation of the emotional skills and competence questionnaire (ESCQ). Psicologia [online]. 2006; 20(2):95-127.
173. Kee KS, Horan WP, Salovey P, Kern RS, Sergi MJ, Fiske AP, Lee J, Subotnik KL, Neuchterlein K, Sugar CA, Green MF. Emotional Intelligence in schizophrenia. Shizophrenia Research. 2009; 107:61-68.
174. Chapela E, Quintero J, Morales I, Félix-Alcántara M, Correas J, Gómez-Arnau J. The evolution of emotional intelligence in schizophrenia: A comparative study of two groups at different times of the disorder. European Psychiatry. 2016; 33:714 – 715.
175. Lin Y, Wynn JK, Hellemann G, Green FG. Factor structure of emotional intelligence in schizophrenia. Shizophrenia Research. 2012; 139:78-81.
176. Frajo-Apor B, Pardeller S, Kemmler G, Welte AS, Hofer A. Emotional Intelligence deficits in schizophrenia: The impact of non social cognition. Shizophrenia Research. 2016; 172:131-136.

177. Dawson S, Kettler L, Burton C, Galletly C. Do People with Schizophrenia Lack Emotional Intelligence? Schizophrenia Research and Treatment. 2012; 2012:1- 8.
178. Vishwakarma P, Kumar A. Emotional Intelligence and Psychopatology in Schizophrenia. The International Journal of Indian Psychopatology. 2016; 3(4):83-91.
179. Eack SM, Greeno CG, Pogue-Geile MF, Newhill CE, Hogarty GE, Keshavan MS. Assessing social-cognitive deficits in schizophrenia with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. Schizophr Bull. 2010; 36:370–380.
180. San L, Bernardo M, Gómez A, Peña M. Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2013; 17(1):2-9.
181. Crespo-Facorro B, Pelayo-Terán JM, Pérez-Iglesias R, Ramirez-Bonilla M, Martínez-García O, Pardo-García G, Vázquez-Barquero JL. Predictors of acute treatment response in patients with a first episode of non-affective psychosis: sociodemographics, premorbid and clinical variables. Journal of Psychiatric Research. 2007; 41:659–666.
182. Malla AK, Norman RM, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D, Harricharan R, Cortese L, Takhar J, One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. Schizophrenia Research. 2002; 54:231–242.
183. Díaz I, Pelayo-Terán JM, Pérez-Iglesias R, Mata I, Tabarés-Seisdedos R, Suárez-Pinilla P, Vázquez-Barquero JL, Crespo-Facorro B. Predictors of clinical remission following a first episode of non-affective psychosis: Sociodemographics, premorbid and clinical variables. Psychiatry Research. 2013; 206(2–3):181-187.
184. Perkins D, Lieberman J, Gu H, Tohen M, McEvoy J, Green A, Zipursky R, Strakowski S, Sharma T, Kahn R, Gur R, Tollefson G. Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. The British Journal of Psychiatry. 2004; 185:18–24.
185. Madhivanan S, Jayaraman K, Daniel SJ, Ramasamy J. Symptomatic Remission in Schizophrenia and its Relationship with Functional Outcome Measures in Indian Population. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017; 11(1):VC05-VC07.
186. Petersen L, Thorup A, Øqhlenschlæger J, Øqstergaard Christensen T, Jeppesen P, Krarup G, Jørrgensen P, Mortensen EL, Nordentoft M. Predictors of Remission and Recovery in a First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorder Sample: 2-Year Follow-Up of the OPUS Trial. The Canadian Journal of Psychiatry. 2008; 53:667- 69.

187. Robinson DG, Woerner M, McMeniman M et al. Symptomatic and functional recovery from first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Am J Psychiatry. 2004; 161:473-479.
188. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. Lancet. 2009; 373(9657):31-41.
189. Gupta S. First-generation vs second-generation antipsychotic drugs: The ongoing saga. Indian J Psychiatry. 2010; 52:77.
190. Bengtsson-Tops A, Hansson L, Sandlund M, Bjarnason O, Korkeila J, Merinder L, Nilsson L, Sørgaard KW, Vinding HR, Middelboe T. Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multicentre Study. Quality of Life Research. 2005; 14(1):221–229.
191. Kokaçya MH, Virit O, Çöpoğlu ÜS, Savaş H, Ari M, Bahçeci B. Symptomatic Remission Determines Functional Improvement and Quality of Life in Schizophrenia. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2016; 53(4):328-333.
192. Tuinier S, Eschauzier JC, Egger JIM, Verhoeven WMA. Response and remission in schizophrenia: The limited value of new remission criteria. Clinical neuropsychiatry. 2008; 5(2):83-89.
193. Wunderink L, Nienhuis FJ, Sytema S, Wiersma D. Predictive validity of proposed remission criteria in first-episode schizophrenic patients responding to antipsychotics. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33(3):792-6.
194. van Os J, Drukker M, à Campo J, Meijer J, Bak M, Delespaul P. Validation of remission criteria for schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 2006; 163(11):2000-2.
195. San L, Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I.Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. European Psychiatry. 2007; 22(8):490 – 498.
196. Remington G, Kapur S. Remission: what's in a name? The American Journal of Psychiatry. 2005; 162(12):2393-4.
197. Lučev I, Tadinac M. Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status.

Migracijske i etničke teme. 2008; 24(1-2):67–89.

198. Hromatko A, Japec L. Subjektivno blagostanje, u: Lidija Japec i Zoran Šućur (ur.). Kvaliteta života u Hrvatskoj: regionalne nejednakosti. Zagreb: Program Ujedinjenih Naroda za razvoj. 2007:87–96.
199. Tyson PJ, Laws KR, Flowers KA, Mortimer AM, Schulz J. Attention and executive function in people with schizophrenia: Relationship with social skills and quality of life. Int J Psychiatry Clin Pract. 2008; 12(2):112-9.
200. Ueoka Y, Tomotake M, Tanaka T, Kaneda Y, Taniguchi K, Nakataki M, Numata S, Tayoshi S, Yamauchi K, Sumitani S, Ohmori T, Ueno S, Ohmori T. Quality of life and cognitive dysfunction in people with schizophrenia.Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2011; 35(1):53-9.
201. Ritsner MS. Predicting quality of life impairment in cronic schizophrenia from cognitive variables. Quality of life Research. 2007; 16(6):929-937.
202. Lysaker PH, Clements CA, Wright DE, Evans J, Marks KA. Neurocognitive Correlates of Helplessness, Hopelessness, and Well-Being in Schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2001; 189 (7): 457-462.
203. Prouteau A, Verdoux H, Briand C, Lesage A, Lalonde P, Nicole L, Reinharz D, Stip E. Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. Schizophr Res. 2005; 77(2-3):343-53.
204. Tolman AW, Kurtz MM. Neurocognitive Predictors of Objective and Subjective Quality of Life in Individuals With Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation. Schizophrenia Bulletin. 2012; 38(2): 304–315.
205. Baslet G, Termini L, Herbener E. Deficits in emotional aware ness in schizophrenia and their relationship with other measures of functioning. J Nerv Ment Dis. 2009; 197:655 - 60.
206. Matheny KB, Tovar BER, Curlette WL. Perceived stress, coping resources and life satisfaction among US and Mexican college students: a cross-cultural study. Anales de psicologia. 2008; 24(1):49-57.
207. Deniz M. Relationships among coping with stress, life satisfaction, decision- making styles and decision self-esteem: an investigation with Turkish university students. Social

Behavior and Personality An International Journal. 2006; 34(9):1161-1170.

208. Zappia S, Montemagni C, Macrì A, Sandei L, Sigaudo M, Rocca P. Coping styles in schizophrenia: study of clinical and functional variables as determinants of strategies to cope with stress. Rivista di Psichiatria. 2012; 47(3):238-245.
209. Schmid R, Neuner T, Cording C, Spiessl H.Schizophrenic patients' quality of life--association with coping, locus of control, subjective well-being, satisfaction and patient-judged caregiver burden. Psychiatr Prax. 2006; 33(7):337-43.
210. Zanello A, Badan Bâ M, Rey-Bellet P, Merlo MCG. Quality of life of schizophrenic patients: Which factors alter it? Conference: Poster presented at the 12th European Congress of Psychology – EFPA 2011. Istanbul, Turkey.
211. Nakamura H, Watanabe N, Matsushima E. Structural equation model of factors related to quality of life for community-dwelling schizophrenic patients in Japan. International Journal of Mental Health Systems. 2014; 8:32.
212. Bechdolf A, Klosterkötter J, Hambrecht M, Knost B, Kuntermann C, Schiller S,·Pukrop R. Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003; 253:228–235
213. Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006; 113(429);46–50.
214. Carpiniello B, Pinna F, Tusconi M, Zaccheddu E, Fatteri F. Gender Differences in Remission and Recovery of Schizophrenic and Schizoaffective Patients: Preliminary Results of a Prospective Cohort Study. Schizophrenia Research and Treatment. 2012; 2012:576369.
215. Kujur NS, Kumar R, Verma AN. Differences in levels of disability and quality of life between genders in schizophrenia remission. Ind Psychiatry J. 2010; 19(1):50–54.
216. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, Callaghan EO. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatr Scand. 1996; 94(2):118-24.
217. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin RK, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. Schizophr Res 2008; 98:201- 08.
218. Vladetić M. Psihosocijalni čimbenici i kvaliteta života u osoba oboljelih od migrene. Osijek, Republika Hrvatska: Medicinski fakultet u Osijeku; Sveučilište Josipa Jurja

Strossmayera. 2016.

219. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community: Relationship to clinical and social characteristics. European Psychiatry. 1999; 14(5):256–263.
220. Solanki RK, Singh P, Midha A, Chugh K. Schizophrenia: Impact on quality of life. Indian Journal of Psychiatry. 2008; 50(3):181-186.
221. Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology and quality of life in schizophrenia. J Psychiatr Neurosoci. 1997; 22:231–4.
222. Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. Relationships between changes in symptom ratings, neuropsychological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. Psychiatr Res. 1997; 72:161–6.
223. Heslegrave RJ, Awad AG, Voruganti LN. The influence neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. J Psychiatr Neurosoci. 1997; 22:235–43.
224. Gaur V, Jagawat T, Gupta S, Khan PA, Souza MD, Sharan A. Quality of life in outpatient Schizophrenics: Correlation with illness severity and psychopathology. Delhi Psychiatry Journal. 2015; 18(1):95-101.
225. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. Schizophrenia research. 2001; 51(2-3): 171-180.
226. Karow A, Wittmann L, Schöttle D, Schäfer I, Lambert M. The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2014; 16(2):185-195.
227. Schafer W. Stress management for wellness. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers. 1996.
228. Eack SM, Hogarty GE, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS. Cognitive Enhancement Therapy Improves Emotional Intelligence in Early Course Schizophrenia: Preliminary Effects. Schizophrenia Research. 2007; 89(1-3):308-311.

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Marina Perković Kovačević
Datum i mjesto rođenja: 11.9.1979., Osijek
Adresa: Tvrđavica 124a, 31000 Osijek
Zvanje: klinički psiholog
Matični broj studenta: 70090371
Obiteljsko stanje: udana, majka jednog djeteta
Telefon: 098 666 456
E pošta: marina.perkovic@gmail.com

OBRAZOVANJE

Veljača 2015. poslijediplomsko stručno usavršavanje Kognitivno bihevioralne terapije - treći stupanj
Lipanj 2013. poslijediplomsko stručno usavršavanje Kognitivno bihevioralne terapije - drugi stupanj
Šk. god 2009./2010. upisan Poslijediplomski studij Biomedicina i zdravstvo na Medicinskom fakultetu u Osijeku
Lipanj 2006. – poslijediplomsko stručno usavršavanje Kognitivno bihevioralne terapije - prvi stupanj
Listopad 1998. - listopad 2003. Studij psihologije, Hrvatski studiji, Sveučilište u Zagrebu
1994. - 1998. II. gimnazija u Osijeku

RADNO ISKUSTVO

2011. izbor u naslovno suradničko zvanje asistenta na Medicinskom fakultetu u Osijeku, Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu
Studeni 2006. - psiholog na Klinici za psihijatriju KBC Osijek
Siječanj 2004. - studeni 2006. stručni suradnik psiholog u Centru za predškolski odgoj Osijek

POPIS OBJAVLJENIH RADOVA

Znanstveni radovi u časopisima indeksiranim u Current Contents bazi

- Kotrla Topić M, Peković Kovačević M, Mlačić B. **Relations of the Big-Five personality dimensions to autodestructive behavior in clinical and non-clinical adolescent populations.** Croatian Medical Journal. 2012; 53(5); 450-460. (članak, znanstveni)
- Perković Kovačević M, Požgain I, Filaković P, Grujčić I. **Relationship between coping strategies and emotional intelligence among patients with schizophrenia.** Psychiatria Danubina. 2018; 30(3):299-304.

Znanstveni radovi u drugim časopisima

- Šakić V, Perković M, Marinić D. **Neki aspekti socijalnog identiteta Slavonaca i Baranjaca.** Razvojne perspektive ruralnog svijeta Slavonije i Baranje – zbornik radova sa skupa / Štambuk, Maja ; Šundalić, Antun (ur.). Zagreb : Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2003; 117-126.
- Dodig-Ćurković K, Ćurković M, Degmečić D, Perković M, Filaković P. **Selektivni mutizam//**. Socijalna psihijatrija 2008; 36:135-140
- Grgić M, Perković Kovačević M, Soldo Butković S. **Epilepsija i psihopatologija djece i adolescenata.** Paediatria Croatica. 2012; 56 (3): 215-219.
- Gregorić B, Barbir L, Ćelić A, Ilakovac V, Hercigonja-Szekeres M, Perković Kovačević, M, Frencl M, Heffer M. **Recognition of facial expression in men and women**. Medicina fluminensis. 2014; 50(4): 454-461.
- Kotrla Topić M, Perković Kovačević M. **The Role of Digital Technology in the Lives of Young Children in Croatia.** 20th Psychology Days in Zadar- Book of selected Proceedings / Burić, Irena (ur). Zadar: University of Zadar- Department of Psychology, 2017; 93-101.
- Antičević V, Sindik J, Klarin M, Đogaš V, Stipićić A, Kardum G, Barač I, Zoranić S, Perković Kovačević M. **Effects of social skills training among freshman nursing students: a randomized controlled trial.** Medica Jadertina. 2018; 48 (1-2):23-32.

- Kotrla Topić, Marina; Perković Kovačević, Marina. **Young children (0-8) and digital technology. A qualitative exploratory study, national report- Croatia, 2016.**
- Kotrla Topić, Marina; Perković Kovačević, Marina; Šincek, Daniela i Duvnjak, Ivana: **Young children (0-8) and digital technology. A qualitative study across Europe, national report- Croatia, 2018.**

Udžbenik:

Filaković, Pavo; Vukšić, Željka; Požgain, Ivan, Radanović Grgurić, Ljiljana; Koić, Oliver; Anton, Sanda; Degmečić, Dunja; Dodig Ćurković, Katarina; Laufer, Davor; Petek Erić, Anamarija; Benić, Domagoj; Ivanušić, Josipa; Perković Kovačević, Marina; **Psihijatrija/ Filaković, Pavo (ur.).** Osijek : Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strosmayera u Osijeku, 2014.

STRUČNE I ZNANSTVENE AKTIVNOSTI

Usmena prezentacija na znanstvenome kongresu

Šakić, Vlado; Marinić, Damir; Perković, Marina.
Biti Slavonac ili Baranjac - sociopsihološka rasprava o identitetu // *"Razvojne perspektive Slavonije i Baranje" : knjiga sažetaka*. Osijek : Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2002. 13-13 (predavanje,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

Perković, Marina; Cakić, Lara; Mihaljević, Silvija.
Aktivan ili pasivan- način provođenje slobodnog vremena kod asertivnih adolescenata // *Ljudski potencijali kroz životni vijek*.
2006. 60 (predavanje,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

Perković, Marina; Kotrla Topić, Marina; Mlačić, Boris.
Povezanost autodestruktivnosti i nekih osobina ličnosti kod adolescenata // *XVI. Dani psihologije. Sažeci radova.* / Vulić-Prtorić, Anita ; Ćubela Adorić, Vera ; Proroković, Ana ;

Sorić, Izabela ; Valerjev, Pavle (ur.). Zadar : Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, 2008. 95-95 (predavanje,sažetak,znanstveni).

Perković Kovačević, Marina i Frencl, Maja.
Povezanost osobina ličnosti i strategija suočavanja sa stresom kod adolescenata. // *XVII. Dani psihologije. Sažeci radova.* Sorić, I.; Penezić, Z; Ćubela Adorić, V; Gregov, Lj (ur.).
Zadar : Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, 2010. 94-94.(predavanje,sažetak,znanstveni).

Harangozo, A, Perković Kovačević, M, Kutrović A. i Kardum I.
Depresivnost i anksioznost kod osnovnoškolske djece u odnosu na školski uspjeh i spol// *XVIII. Dani psihologije. Sažeci radova.* Penezić, Z i sur. (ur.). Zadar : Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, 2012. 90-90 (predavanje,sažetak,znanstveni).

Kotrla Topić, Marina; Perković Kovačević, Marina.
Djeca i digitalna tehnologija – ljubav na prvi pogled *// XX. Dani psihologije u Zadru, Sažetci priopćenja* / Zvjezdan Penezić , Ana Slišković , Vera Ćubela Adorić, Ljiljana Gregov , Matilda Nikolić , Marina Nekić, Jelena Ombla, Ana Šimunić, Andrea Tokić (ur.). Zadar: Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru, 2016. str. 84-84 (predavanje, domaća recenzija, sažetak, znanstveni)

Kotrla Topić, Marina; Perković Kovačević, Marina.
Reading Fiction from paper vs. Screen in Relation to Emphaty and Theory of Mind. *// Books and Screens and the Reading Brain* / Gudinavičius, Arunus ; Navickiene, Aušra ; Petreikis, Tomas ; van der Weel, Adriaan (ur.). Vilnius: Všl Akademine leidyba, 2017. str. 37-37 (predavanje, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Kotrla Topić, Marina; Perković Kovačević, Marina.
Digitalna pismenost djece predškolske dobi. // *Hrčak- Glasilo Hrvatskoga čitateljskog društva Zagreb*: Hrvatsko čitateljsko društvo, 2017. str. 10-11 (pozvano predavanje, podatak o recenziji nije dostupan, priopćenje, stručni)

Kotrla Topić, Marina; Perković Kovačević, Marina, Šincek Daniela, Duvnjak Ivana. Roditeljska percepcija digitalne tehnologije kod djece predškolske dobi. *// Zaštita i promicanje dobrobiti djece, mladih i obitelji*. Zagreb: Hrvatsko katoličko sveučilište, 2017. str. 88-88 (predavanje, podatak o recenziji nije dostupan, sažetak, znanstveni)

Poster na znanstvenome kongresu

Međunarodnom

Mihaljević, Silvija; Cakić, Lara; Perković, Marina.
Life satisfaction and certain forms of adolescents` activities // *3rd European Conference on Positive Psychology - Book of Abstracts* / Freire, Teresa ; Delle Fave, Antonella ; Henry, Jane ; Huppert, Felicia ; Marujo, Helena ; Moneta, Giovanni ; Vitterso, Joar (ur.).
Braga, Portugal : University of Minho, 2006. 68 (poster,međunarodna recenzija,sažetak,znanstveni).

Cakić, Lara; Mihaljević, Silvija; Perković, Marina.
Relation between somatization vs. peer acceptance and aggressiveness // *ECP2007 - Abstracts / Jindriska Kotrlova (ur.). - Prague : Union of Psychologists Associations of the Czech Republic , 2007. (ISBN: 978-80-7064-017-2).* / Kotrlova, Jindriska (ur.).
Prague : Union of Psychologists Associations of Czech Republic, 2007. (poster,međunarodna recenzija,sažetak,znanstveni).

Domaćem

Tomanovic K, Vukšic-Mihaljevic Ž, Anton S, Hutinec B, Kelekovic-Krušlin K, Barkic J, Perkovic M, Jandric R, Todorovic R, Štefic R. Odnos izmedu osobina licnosti pacijenata i terapeuta i stavova jednih prema drugima u grupnoj trauma fokusiranoj psihoterapiji ratnih veterana s kronicnim PTSP-om**,** 1.hrvatski kongres socijalne psihijatrije u zajednici, Split, 22-25.9.2004.

Vukšic-Mihaljevic Ž, Tomanovic K, Anton S, Hutinec B, Kelekovic-Krušlin K, Barkic J, Perkovic M, Jandric R, Todorovic R, Štefic R. Stavovi pacijenata i terapeuta u grupnoj trauma fokusiranoj psihoterapiji i njihov utjecaj na procjenu djelotvornosti ucinka grupne psihoterapije, 1.hrvatski kongres socijalne psihijatrije u zajednici, Split, 22-25.9.2004.

Kotrla, Marina; Šakić, Marija; Perković, Marina.
Sociometric status of preschool children in relation to their language ability and theory of mind // *7th Alps-Adria Conference in Psychology, Abstracts* / Manenica, Ilija (ur.).
Zadar : Department of Psychology, University of Zadar, 2005. 206-207
(poster,sažetak,znanstveni).

Tomanović, K., Kurtović, A., Perković, M., Jandrić, R. (2006),
Grupni psihoedukativni terapijski tretman ratnih veterana dijagnozom kroničnog PTSP-a**.**
U: Pačić-Turk, Lj. (ur.) Sažeci-CD - 1. hrvatski kongres primijenjene psihologije, str. 87, Hrvatska psihološka komora, Zagreb.

Perković, Marina; Mihaljević Silvija; Cakić, Lara.
Izbor strategija suočavanja sa stresom kod emocionalno kompetentnih adolescenata // *Ljudski potencijali kroz životni vijek*. 2006. 92 (poster,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

Mihaljević, Silvija; Perković, Marina; Cakić, Lara.
Tko su zadovoljni adolescenti i kako provode svoje slobodno vrijeme? // *XV.Dani psihologije u Zadru. Sažetci radova.* / Vera, Ćubela Adorić ; Zvjezdan, Penezić ; Proroković, Ana ; Vulić-Prtorić, Anita (ur.). Zadar : Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru, 2006. 139
(poster,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

Perković Kovačević, Marina; Filipović Gordana; Delalle, Mirela
Kvaliteta obiteljskih odnosa u djece i adolescenata s poremećajem u ponašanju// V. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Zbornik sažetaka. / Ljubomir Hotujac (ur). Šibenik, 2010. 162 (poster, sažetak, znanstveni).

Perković Kovačević, M; Harangozo, A, Frencl, M, Barkić, J i Grgić, A.
Strategije suočavanja sa stresom osnovnoškolskle djece s obzirom na školski uspjeh i spol // *XVIII.Dani psihologije u Zadru. Sažetci radova.* / Penezić, Z i sur. (ur.). Zadar : Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, 2012. 186-186 (poster, domaća recenzija, sažetak, znanstveni).

Perković Kovačević, Marina; Kotrla Topić, Marina; Mihaljević, Silvija; Frencl Maja.
Psihološki tretman mladih s poremećajem u ponašanju i njihovih obitelji// *Psihološki aspekti suvremene obitelji, braka i partnerstva. knjiga sažetaka*/ Brajša Žganec, Andreja ; Lopižić, Josip ; Penezić, Zvjezdan (ur.).Zagreb: Hrvatsko psihološko društvo, 2012. 284-284 (poster,sažetak,stručni).

Perković Kovačević, M; Harangozo, Grgić, A., Gorjanac V. I Buljubašić, M.
Odnos privrženosti i osobina adolescenata s prepoznavanjem emocionalnih izraza lica // *XIX.Dani psihologije u Zadru. Sažetci radova.* / Slišković, A. i sur. (ur.). Zadar: Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, 2014. 214-214 (poster,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

Perković Kovačević, M., Buljubašić, M., Kereta, A.
Specifičnosti iracionalnih vjerovanja, sklonost perfekcionizmu te pojavnost emocionalnih smetnji kod djece i adolescenata s glavoboljama. *1. konferencija Hrvatskog udruženja za bihevioralno- kognitivne terapije s međunarodnim sudjelovanjem. Zagreb- knjiga sažetaka* / Živčić Bećirević, Ivanka i sur. (ur.). Zagreb, 2015. str. 20-20 (poster, domaća recenzija, sažetak, znanstveni)

Perković Kovačević, M., Buljubašić, M., Kereta, A.
Emocionalne smetnje i specifičnosti iracionalnih vjerovanja kod djece i adolescenta s glavoboljama. *XXI.Dani psihologije u Zadru. Sažetci radova.* / Nikolić, M. i sur. (ur.). Zadar: Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, 2018. 139-139 (poster, domaća recenzija, sažetak, znanstveni).